



ЕВРОПА



# Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе

Протоколы ВОЗ для стран СНГ

Версия 1



ЕВРОПА

# Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе

Протоколы ВОЗ для стран СНГ

Версия 1

## РЕЗЮМЕ

Ограниченная доступность АРВ лечения признана ВОЗ глобальной проблемой здравоохранения, требующей немедленного решения. В большинстве стран СНГ, где постоянно возрастает число лиц, живущих с ВИЧ/СПИД и нуждающихся в терапии, существует острая потребность создания системы и алгоритма предоставления помощи по ВИЧ/СПИД. Настоящее пособие разработано с учетом развитой системы здравоохранения стран СНГ и предлагает протоколы оказания медицинской помощи, включая высоко активную антиретровирусную терапию для взрослых и детей, лечение оппортунистических инфекций, оказание паллиативной помощи, профилактику вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку, лечение ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков, и др.

Данное пособие разработано на основе последних рекомендаций ВОЗ для стран с ограниченными ресурсами, пересмотренных в декабре 2003г. и в марте 2004г. в рамках инициативы ВОЗ «3 к 5».

Вы держите в руках первую версию Протоколов. По мере совершенствования методов оказания помощи и лечения при ВИЧ/СПИД, данный документ будет пересматриваться. Следите за изменениями на сайте <http://www.euro.who.int/aids>

Протоколы ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечению при ВИЧ-инфекции и СПИДе предназначены в качестве базового документа для разработки национальных протоколов лечения.

### Ключевые слова

HIV INFECTIONS – prevention and control – diagnosis – drug therapy  
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME – prevention and control – diagnosis – drug therapy  
COUNSELING  
INFANT CARE  
ADOLESCENT HEALTH SERVICES  
CHILD HEALTH SERVICES  
PALLIATIVE CARE  
PATIENT CARE PLANNING  
COMMONWEALTH OF INDEPENDENT STATES

Обращения с просьбой прислать экземпляры публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу: [publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int); разрешить их перепечатку – по адресу: [permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int); и разрешить их перевод – по адресу: [pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int). По всем этим вопросам вы можете также связаться с отделом публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Publications, Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

### © Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## **Выражение признательности**

Протоколы ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе были разработаны во время консультативного процесса, возглавляемого ВОЗ. Протоколы являются результатом совместной деятельности программ по ВИЧ/СПИД, функционирующих в штаб-квартире ВОЗ, Европейском региональном бюро ВОЗ и Бюро ВОЗ по координации и связям с Украиной.

ВОЗ выражает особую благодарность экспертам, внесшим ценный вклад в разработку данных протоколов:

René Epkini, David Miller, Shanti Noriega Minichiello, Joeseeph Perriens, George Schmid, (штаб-квартира ВОЗ), Ирина Ерамова, Руслан Малюта (ЕРБ ВОЗ), Игорь Олейник (Бюро ВОЗ по координации и связям с Украиной), Jay Dobkin, Konstantin Lezhentsev (OSI), Keikawus Arastech (Vivantes Auguste-Victoria-Klinikum), Marek Beniowski (Center for AIDS Diagnostic and Therapy, Poland), Solveig Hamilton (MSF-Holland, Ukraine), Сергей Филипович (Министерство здравоохранения Украины), Jantine Jacobi (ЮНЭЙДС, Украина).

ВОЗ также выражает признательность за комментарии, полученные от многих экспертов, включая:

Isabelle de Zoysa, Paul Nunn, Tin Tin Sint, Игорь Тоскин, (штаб-квартира ВОЗ), Pierpaolo de Colombani, Srdan Matic (ЕРБ ВОЗ), Christian Traeder (Vivantes Auguste-Victoria-Klinikum), Рудик Адамян, Александр Косухин (ЮНЭЙДС, страны Средней Азии), Pedro Chequer (ЮНЭЙДС, Россия), Ирина Савченко (ЮНЭЙДС, секретариат), Валерий Чернявский (GFTAM).

Общую координацию осуществляли Andrew Ball, Virginia O'Dell, Ирина Ерамова, Joeseeph Perriens.

Перевод на русский язык и публикация данного документа осуществлены Американским союзом здравоохранения (АМСЗ) при поддержке Бюро Европы и Евразии, Агентства США по международному развитию (АМР США). АМСЗ и АМР США посвящают свою деятельность расширению и укреплению возможностей в странах бывшего Советского Союза противостоять растущему кризису, связанному с эпидемией ВИЧ/СПИД в Регионе. Материалы отражают мнение авторов, которые могут не совпадать с мнением АМР США.

## Содержание

Сокращения.....	6
<b>Часть 1. Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе.....</b>	<b>7</b>
<b>I. ТЕСТИРОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ .....</b>	<b>7</b>
1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	7
2. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ .....	7
2.1. Минимальные стандарты ТиК.....	8
2.2. Подготовка специалистов .....	9
3. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.....	9
3.1. Предтестовое консультирование .....	9
3.2. Посттестовое консультирование.....	10
3.3. Необходимые направления после тестирования .....	11
3.4. Предупреждение негативных последствий тестирования на ВИЧ.....	11
3.5. Контроль и оценка качества ТиК .....	11
Приложение I-А. Рисунок 1. АЛГОРИТМ ТЕСТИРОВАНИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.....	13
Приложение I-В. ПРОТОКОЛ ТЕСТИРОВАНИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ .....	13
Приложение I-В. ПРОТОКОЛ ТЕСТИРОВАНИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ .....	14
Приложение I-С. ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДА .....	17
Приложение I-Д. Рисунок 2. АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ на ВИЧ и интерпретации результатов .....	18
Приложение I-Е. Бланк информированного согласия .....	19
<b>II. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ.....</b>	<b>21</b>
1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	21
2. ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.....	22
3. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ .....	22
3.1. Показания к АРТ.....	22
3.2. Перечень антиретровирусных препаратов.....	23
3.3. Схемы АРТ первого ряда и их характеристики, которые могут влиять на выбор лечения.....	24
3.4. Показания к замене схемы АРТ у взрослых и подростков.....	25
3.5. Схемы АРТ второго ряда .....	26
3.6. Мониторинг лабораторных показателей.....	27
3.7. Оценка эффективности АРТ.....	27
4. СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМА АРТ .....	28
4.1. Оценка условий для соблюдения режима АРТ.....	28
4.2. Подготовка к АРТ.....	28
4.3. Порядок выдачи антиретровирусных препаратов.....	29
4.4. Контроль соблюдения режима АРТ.....	29
5. ОСОБЕННОСТИ АРТ У ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ .....	29
5.1. Женщины детородного возраста и беременные.....	29
5.2. Больные активной формой туберкулеза.....	30
6. ОРГАНИЗАЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПОМОЩИ .....	31
7. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ .....	31
8. КОНТРОЛЬ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ АРТ .....	32
9. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ АРТ.....	32
Приложение II-А. Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, разработанная экспертами ВОЗ.....	33
Приложение II-В. Дозы антиретровирусных препаратов для взрослых и подростков <sup>1</sup> .....	34
Приложение II-С. Взаимодействия антиретровирусных препаратов .....	35
<b>III. ПОМОЩЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПОТРЕБИТЕЛЯМ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ .....</b>	<b>39</b>

ВВЕДЕНИЕ.....	39
1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	39
1.1. Общие принципы.....	39
1.2. Комплексная медицинская помощь ПИН.....	40
1.3. Сотрудничество с программами снижения вреда (СВ).....	40
1.4. Просвещение и группы поддержки.....	41
1.5. Заместительная терапия метадонном в структуре помощи ВИЧ-инфицированным.....	41
2. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ.....	41
2.1. Общие положения.....	41
2.2. Показания к АРТ.....	41
2.3. Подбор схемы АРТ.....	42
2.4. Выдача препаратов пациентам.....	42
2.5. АРТ при заболеваниях печени.....	42
3. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МЕТАДОНОМ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	43
3.1. Коррекция доз АРВ препаратов на фоне терапии метадонном.....	43
4. ОСОБЕННОСТИ ДРУГИХ ВИДОВ ПОМОЩИ.....	44
4.1. Инфекции.....	44
4.2. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку и планирование семьи.....	44
4.3. Лечение хронического гепатита.....	44
<b>Приложение III-A. Взаимодействие метадона и АРВ препаратов.....</b>	<b>45</b>
<b>IV. ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ....</b>	<b>47</b>
1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ.....	47
2. ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.....	48
3. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ, НАПРАВЛЕНИЕ К СПЕЦИАЛИСТАМ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	49
4. ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ И ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.....	50
4.1. Туберкулез.....	50
4.2. Инфекции органов дыхания.....	51
4.3. Желудочно-кишечные инфекции.....	55
4.4. Кандидоз.....	56
4.5. Криптококковый менингит.....	59
4.6. Поражения полости рта.....	59
4.7. Саркома Капоши.....	60
4.8. Рак шейки матки.....	61
4.9. Прочие злокачественные новообразования.....	61
4.10. Инфекции ЦНС.....	61
4.11. Вирусные гепатиты.....	66
4.12. Гистоплазмоз.....	66
4.13. Поражения кожи.....	66
4.14. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия у ВИЧ-инфицированных взрослых.....	69
4.15. Лихорадка у ВИЧ-инфицированных.....	69
4.16. Потеря веса у ВИЧ-инфицированных взрослых.....	70
4.17. Психологическая поддержка.....	71
4.18. Паллиативная помощь.....	71
4.19. Уход за умирающими больными.....	73
<b>V. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ.....</b>	<b>75</b>
1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	75
2. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ.....	75
3. ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.....	76
4. ЛЕЧЕНИЕ.....	77
4.1. Лечение боли.....	77
4.2. Лечение истощения.....	81
4.3. Лечение тошноты и рвоты.....	81
4.4. Лечение язв слизистой полости рта или боли при глотании.....	82
4.5. Лечение сухости во рту.....	82
4.6. Лечение диареи.....	83
4.7. Лечение запора.....	83
4.8. Лечение лихорадки.....	84

4.9. Лечение икоты .....	84
4.10. Лечение тревожности и возбуждения .....	85
4.11. Лечение нарушений сна .....	85
4.12. Профилактика мышечной скованности и контрактур .....	86
4.13. Уход за больными с деменцией .....	86
4.14. Лечение депрессии .....	87
4.15. Лечение вагинальных выделений, обусловленных раком шейки матки .....	88
4.16. Лечение зуда .....	88
4.17. Лечение пролежней .....	89
4.18. Лечение недержания мочи и кала .....	90
4.19. Лечение кашля и одышки .....	90
5. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ .....	91
6. ПОМОЩЬ УМИРАЮЩЕМУ БОЛЬНОМУ .....	93
6.1. Приготовление к смерти .....	93
6.2. Посещение больного .....	93
6.3. Уход за больным .....	93
7. НАПРАВЛЕНИЕ В СЛУЖБЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ .....	93
8. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ .....	93
<b>VI. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ).....</b>	<b>95</b>
1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ .....	95
1.1. Минимальные требования .....	95
1.2. Женщины, редко обращающиеся за медицинской помощью (потребительницы инъекционных наркотиков, работницы секс-бизнеса) .....	96
2. ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР БЕРЕМЕННОЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ .....	96
3. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ И РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ .....	96
3.1. Клинические сценарии профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку .....	97
3.2. Особенности ведения ВИЧ-инфицированных потребительниц инъекционных наркотиков в родильном доме .....	99
4. НЕОБХОДИМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ .....	100
4.1. Направления из женской консультации .....	100
4.2. Направления из родильного дома .....	100
5. ВЕДЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ .....	100
5.1. Иммунизация .....	100
5.2. Вскармливание .....	100
6. ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ .....	100
6.1. Рекомендуемые сроки плановых медицинских осмотров .....	101
6.2. Содержание планового медицинского осмотра .....	101
6.3. Тестирование на ВИЧ .....	101
6.4. Профилактика пневмоцистной пневмонии .....	101
6.5. Иммунизация .....	102
7. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ И ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА .....	102
<b>VII. АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....</b>	<b>103</b>
1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ .....	103
2. ЦЕЛИ АРТ .....	103
3. ПОДГОТОВКА К АРТ .....	104
3.1. Регистрация ребенка .....	104
3.2. Антропометрические данные .....	104
3.3. Оценка питания .....	104
3.4. Оценка социального статуса .....	105
3.5. Оценка психологического статуса .....	105
3.6. Консультирование лиц, ухаживающих за ребенком .....	105
3.7. Клиническое обследование .....	105
3.8. Лабораторные исследования .....	106
3.9. Анамнез АРТ, в том числе прием АРВ препаратов матерью во время беременности и родов .....	106
4. ПОКАЗАНИЯ К АРТ .....	106
5. СХЕМЫ АРТ .....	107

5.1. Схемы АРТ первого ряда .....	107
5.2. Схемы АРТ второго ряда .....	108
6. ГРАФИК РЕГУЛЯРНЫХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АРТ .....	108
7. КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ АРТ .....	109
7.1. Контроль клинических показателей (роста, веса, общего состояния) .....	109
7.2. Контроль лабораторных показателей .....	109
8. КОРРЕКЦИЯ ДОЗ АРВ ПРЕПАРАТОВ ПО ВЕСУ РЕБЕНКА .....	109
9. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ СОБЛЮДЕНИЯ РЕЖИМА АРТ .....	109
10. ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ .....	110
11. ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕХОДУ НА СХЕМЫ АРТ ВТОРОГО РЯДА .....	110
11.1. Побочные эффекты .....	110
11.2. Неэффективность терапии .....	111
12. ПОКАЗАНИЯ К ОТМЕНЕ АРТ .....	111
12.1. Клинические показания к отмене АРТ .....	111
12.2. Социальные показания к отмене АРТ .....	111
<b>Приложение VII-A. Дозы и побочные эффекты антиретровирусных препаратов .....</b>	<b>113</b>
<b>Приложение VII-B. Лечение распространенных побочных эффектов АРТ .....</b>	<b>116</b>
<b>Приложение VII-C. Тяжелые побочные эффекты АРТ, требующие отмены препаратов .....</b>	<b>117</b>
<b>Приложение VII-D. Предварительный вариант клинической классификации ВИЧ-инфекции у детей, разработанный экспертами ВОЗ .....</b>	<b>119</b>
<b>VIII. ПОСТКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА .....</b>	<b>121</b>
1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ .....	121
2. УНИВЕРСАЛЬНЫЕ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ .....	121
2.1. Руководство по универсальным мерам предосторожности .....	122
2.2. Рекомендации для административных работников медицинских учреждений по обеспечению универсальных мер предосторожности .....	124
3. ПРОВЕДЕНИЕ ПОСТКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ .....	125
3.1. ПКП после профессионального контакта .....	125
3.2. ПКП после полового контакта .....	127
3.3. ПКП в других ситуациях с высоким риском инфицирования .....	127
3.4. Осуществление ПКП: АРВ профилактика .....	127
<b>Приложение VIII-A. БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ на проведение постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции .....</b>	<b>130</b>
<b>Приложение VIII-B. Тактика ведения медицинских работников, контактировавших с инфицированным материалом .....</b>	<b>131</b>
<b>Приложение VIII-C. Основные побочные эффекты антиретровирусных препаратов, назначаемых для ПКП .....</b>	<b>132</b>
<b>Приложение VIII-D. БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ на тестирование на ВИЧ и использование его результатов .....</b>	<b>133</b>
<b>Приложение VIII-E. Регистрация профессионального контакта с потенциально инфицированным материалом .....</b>	<b>135</b>
<b>Приложение VIII-F. Примерный бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом .....</b>	<b>136</b>
<b>Приложение VIII-G. Примерный бланк отчета о не профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом .....</b>	<b>138</b>
<b>Часть 2. Контроль за предоставлением помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе ...</b>	<b>141</b>
<b>ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ТЕСТИРОВАНИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ</b>	<b>141</b>
<b>ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ .....</b>	<b>145</b>
<b>ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ВЫЯВЛЕНИЕМ И ЛЕЧЕНИЕМ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ .....</b>	<b>151</b>
<b>ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ .....</b>	<b>155</b>
<b>ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ .....</b>	<b>161</b>





## Сокращения

<b>АДС</b>	адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин
<b>АКДС</b>	адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
<b>АЛТ</b>	аланинаминотрансфераза
<b>АРВ</b>	антиретровирусный
<b>АРТ</b>	антиретровирусная терапия
<b>АСТ</b>	аспартатаминотрансфераза
<b>ВААРТ</b>	высокоактивная антиретровирусная терапия
<b>в/в</b>	внутривенно
<b>в/м</b>	внутримышечно
<b>ВИЧ</b>	вирус иммунодефицита человека
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВПГ</b>	вирус простого герпеса
<b>ЖКТ</b>	желудочно-кишечный тракт
<b>ИП</b>	ингибиторы протеазы ВИЧ
<b>ИППП</b>	инфекции, передающиеся половым путем
<b>ИФА</b>	иммуноферментный анализ
<b>КТ</b>	компьютерная томография
<b>КУБ</b>	кислотоустойчивые бактерии
<b>МРТ</b>	магнитно-резонансная томография
<b>НИОТ</b>	нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
<b>ННИОТ</b>	ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
<b>НПО</b>	неправительственные организации
<b>ОИ</b>	оппортунистические инфекции
<b>ПГЛ</b>	персистирующая генерализованная лимфаденопатия
<b>ПИН</b>	потребители инъекционных наркотиков
<b>ПКП</b>	постконтактная профилактика
<b>ПМР</b>	передача ВИЧ от матери ребенку
<b>ППМР</b>	профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
<b>ПЦР</b>	полимеразная цепная реакция
<b>СВ</b>	снижение вреда
<b>СПИД</b>	синдром приобретенного иммунодефицита
<b>Тик</b>	тестирование и консультирование
<b>УЗИ</b>	ультразвуковое исследование
<b>ХОЗЛ</b>	хронические обструктивные заболевания легких
<b>ЦМВ</b>	цитомегаловирус
<b>ЦНС</b>	центральная нервная система
<b>ЦСЖ</b>	цереброспинальная жидкость
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

# Часть 1. Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе

## I. Тестирование и консультирование

### 1. Основные положения

С увеличением доступности лечения и других видов помощи ВИЧ-инфицированным, обращение за которыми зависит от знания пациентом своего ВИЧ-статуса, настало время отойти от единственной, жесткой модели тестирования и консультирования. Сегодня возникла необходимость в передовых, практичных, эффективных и этически приемлемых методах тестирования и консультирования (Тик), которые бы отвечали потребностям разных типов медицинских учреждений. В этих учреждениях процедура Тик должна быть стандартизована и предлагаться пациентам в следующих ситуациях: а) при желании пациента получить помощь, касающуюся профилактики передачи или заражения ВИЧ; б) при наличии медицинских показаний, выявленных при лечении пациента; в) для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. В то время как предложение пройти тестирование на ВИЧ при определенных обстоятельствах должно стать обязательным, само тестирование должно проводиться только после получения информированного согласия пациента и в условиях строгой конфиденциальности. Процедура получения информированного согласия в различных медицинских учреждениях неизбежно будет отличаться, но ее основные компоненты неизменны: предоставление пациенту достаточной информации о ВИЧ-инфекции, осознание им положительных и отрицательных последствий определения своего ВИЧ-статуса и его свободный выбор в отношении тестирования на ВИЧ.

### 2. Организация тестирования и консультирования

**А.** В настоящее время консультирование и тестирование на ВИЧ проводится в анонимных кабинетах, работающих либо автономно, либо при больницах. Они предоставляют стандартную модель добровольного индивидуального консультирования и тестирования на ВИЧ методом ИФА.

**Б.** Быстрый рост масштабов оказания помощи ВИЧ-инфицированным требует увеличения доступности и гибкости услуг Тик. Поэтому нужно внедрять альтернативные модели Тик, включая:

- Применение экспресс-тестирования в медицинских пунктах, удаленных от крупных периферийных медицинских центров, а также в районах с высокими распространенностью и риском заражения ВИЧ-инфекцией.
- Предоставление Тик в медицинских учреждениях разного профиля. Например, экспресс-тестирование на ВИЧ рекомендуется организовать в учреждениях с высоким охватом людей из групп риска (например, в венерологических, туберкулезных и наркологических диспансерах) и лечебно-профилактических учреждениях (например, оказывающих родовую помощь).

**В.** Поскольку тестирование на ВИЧ методом ИФА занимает несколько дней, не все пациенты обращаются за результатами и получают последующие консультирование, лечение, поддержку и профилактику. Поэтому в учреждениях, куда пациенты чаще всего обращаются (например, в диспансерах и поликлиниках), необходимо со временем организовать экспресс-тестирование на ВИЧ (с выдачей результатов) силами врачей, психологов, социальных работников и прошедших специальную подготовку фельдшеров.

**Г.** На медицинские службы ложится трудная задача предоставления качественного консультирования и тестирования на ВИЧ. Качество консультирования можно повысить, наладив тесное сотрудничество между государственными медицинскими учреждениями, предоставляющими такие услуги, и НПО, которые специализируются на консультировании по вопросам ВИЧ/СПИДа и предоставляют психосоциальную поддержку ВИЧ-инфицированным. Через 6 месяцев следует оценить результаты такого сотрудничества.

**Д.** Тестирование и консультирование должны быть бесплатными для всех.

**Е.** Необходимо оказать поддержку действующим образцовым центрам ТиК и расширить их спектр деятельности, включив в него текущий контроль и оценку качества ТиК, а также повышение квалификации консультантов и вспомогательного персонала.

**Ж.** Требуется создать национальную сеть центров консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа, приоритетной задачей которой станет помощь в обеспечении качества ТиК и повышении квалификации консультантов и вспомогательного медицинского персонала.

В рамках этой работы должны проводиться регулярные занятия в группах в форме конференций с обсуждением клинических случаев и клинические обходы, а также организовываться курсы повышения квалификации.

**З.** Необходимо, чтобы контролирующие органы обеспечили единообразие применяемых стандартов контроля качества, используемых в процессе изготовления диагностических наборов ИФА.

**И.** Следует пересмотреть действующий порядок проведения ТиК в амбулаторных и стационарных условиях с точки зрения сохранения конфиденциальности, установить, каким образом можно его усовершенствовать, и рекомендовать соответствующие изменения. Это необходимо осуществить как можно скорее.

## **2.1. Минимальные стандарты ТиК**

**А.** Минимальные стандарты ТиК — это обязательные требования к процедуре консультирования и тестирования, которые едины для всех моделей ТиК:

- ТиК должно быть *добровольным*.
- Пациент должен дать *информированное согласие* на проведение тестирования. Это означает, что ему предоставлено достаточное количество информации, он осознает положительные и отрицательные последствия определения своего ВИЧ-статуса и дал свое согласие в обстановке, исключающей принуждение.
- В ходе предтестового консультирования пациенту нужно рассказать о целях и процедуре тестирования, а также о возможностях лечения ВИЧ-инфекции и доступности различных видов социальной поддержки.
- После получения результатов тестирования должно проводиться послетестовое консультирование, в ходе которого пациенту нужно предоставить соответствующую информацию и выдать необходимые направления.
- Пациенты с положительным результатом тестирования должны пройти консультирование и получить направления в службы медицинской и психосоциальной помощи.
- О результатах тестирования нужно сообщать конфиденциально, эта информация должна быть доступна только медицинским работникам, имеющим непосредственное отношение к лечению пациента.

**Б.** В ходе консультирования должны быть затронуты важные вопросы, связанные со спецификой группы риска, к которой принадлежит пациент (потребители инъекционных наркотиков, работники секс-бизнеса, заключенные, больные туберкулезом, дети и т. д.). Возможность пройти ТиК необходимо предоставить в первую очередь потребителям инъекционных наркотиков, работникам секс-бизнеса, заключенным и лицам, принадлежащим к другим группам высокого риска ВИЧ-инфекции.

**В.** Для привлечения к ТиК групп населения, редко обращающихся за медицинской помощью (потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса, молодежи), необходимы целевые программы работы с населением.

**Г.** Увеличить обращаемость за ТиК можно, включив эту услугу в работу других служб медицинской и социальной помощи, например, сделав ее компонентом программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков.

Д. Увеличить обращаемость за ТиК можно с помощью целенаправленной работы с населением, выясняя, какие потребности у мужчин и женщин возникают в связи с тестированием и выяснением ВИЧ-статуса, каковы их ожидания, какие существуют возможности для решения выявленных проблем, какие препятствия стоят на пути к их решению. Всю эту информацию нужно учитывать в организации ТиК.

Рекомендуемый порядок тестирования и консультирования представлен в виде алгоритма на рис. 1 (Приложение I-A).

## **2.2. Подготовка специалистов**

А. В учебные планы подготовки врачей всех специальностей, медицинских сестер и социальных работников необходимо включить курс по ВИЧ-инфекции, включающий основы консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции. Это можно сделать путем адаптации учебных планов, рекомендуемых ВОЗ и другими основными партнерами.

Б. Все консультанты должны принимать участие в процессе повышения квалификации и контроля, который включает конференции с обсуждением клинических случаев, клинические обходы и курсы усовершенствования.

## **3. Порядок проведения тестирования и консультирования**

Рекомендуемый для всех учреждений порядок проведения ТиК приведен на рис. 1. Алгоритм обследования на ВИЧ представлен на рис. 2, Приложение I-D.

### **3.1. Предтестовое консультирование**

А. Желательно, чтобы консультирование пациента до и после тестирования на ВИЧ проводил один и тот же специалист. Если проводится групповое предтестовое консультирование, перед получением информированного согласия каждому пациенту следует предоставить возможность индивидуальной беседы с консультантом в конфиденциальной обстановке.

Б. Все пациенты, которым предлагается пройти тестирование, имеют право отказаться от него. Всем отказавшимся от тестирования необходимо предоставить информацию о путях передачи ВИЧ, профилактике ВИЧ-инфекции, а также рассказать, где они могут получить дополнительную информацию о ВИЧ-инфекции, если у них возникнет такая потребность в будущем.

В. После соответствующего обучения предтестовое консультирование могут проводить:

- Медицинский персонал анонимных кабинетов, предоставляющих услуги ТиК
- Врачи
- Медицинские сестры
- Социальные работники
- Консультанты

Они должны уметь довести до сведения пациента основные положения, касающиеся тестирования на ВИЧ, а также рассказать о путях передачи ВИЧ, способах защиты от заражения ВИЧ, видах медицинской и психосоциальной помощи, которые могут получить ВИЧ-инфицированные. Пациентам необходимо предоставить контактные телефоны и адреса соответствующих медицинских учреждений и психосоциальных служб.

Г. Просветительскую работу с группами пациентов и групповое предтестовое консультирование планируется проводить в таких учреждениях, как:

- Учреждения, предоставляющие амбулаторное ТиК (например, анонимные кабинеты)
- Наркологические диспансеры
- Венерологические диспансеры
- Туберкулезные диспансеры
- Женские консультации

Для повышения доступности и использования ТиК необходимо оказывать поддержку действующим анонимным кабинетам и учреждениям, предоставляющим амбулаторное ТиК, а также создавать альтернативные возможности быстрого прохождения ТиК в медицинских учреждениях, обслуживающих группы населения высокого риска. Для этого в учреждениях, куда обращается большое число вероятных

кандидатов для ТиК, наряду с индивидуальным консультированием нужно внедрять групповое предтестовое консультирование.

**Д.** Между больницами и амбулаторными службами, проводящими консультирование и тестирование населения на ВИЧ, необходимо наладить тесное сотрудничество, в рамках которого просветительская работа и консультирование перед тестированием на ВИЧ будут координированы с предоставлением специализированной помощи.

**Е.** Необходимо обучить проведению предтестового консультирования медицинский персонал учреждений, обслуживающих группы населения высокого риска (наркологических, венерологических, туберкулезных диспансеров и больниц, тюремных больниц), включая врачей, медицинских сестер и социальных работников. Для того, чтобы решить задачи ТиК наилучшим образом, следует наладить сотрудничество между государственными медицинскими учреждениями и государственными и негосударственными учреждениями, работающими в сфере профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией и оказания помощи ВИЧ-инфицированным.

**Ж.** В ходе беседы перед тестированием на ВИЧ — как при индивидуальном, так и при групповом консультировании — необходимо осветить следующие вопросы:

- Формы поведения, сопряженные с риском заражения ВИЧ.
- Польза от прохождения тестирования, включая спектр видов помощи, доступной для пациентов с положительным результатом тестирования на ВИЧ.
- Пути передачи ВИЧ, меры профилактики; процедура тестирования.
- Возможные последствия выяснения ВИЧ-статуса (для личной жизни, практические выводы).
- Порядок получения информированного согласия на тестирование.
- Порядок выдачи результатов тестирования.
- Пути получения дальнейшей помощи.

Предтестовое консультирование также включает в себя такие мероприятия, как:

- Активная профилактика передачи ВИЧ:
  - предоставление презервативов;
  - направление на программы по уменьшению вреда для потребителей инъекционных наркотиков (например, обмен игл).
- Направление в соответствующие службы (например, если пациент ведет половую жизнь, связанную с высоким риском, то его следует направить в венерологический диспансер, при наличии у пациента кашля — в туберкулезный диспансер).

## **3.2. Послетестовое консультирование**

В ходе послетестового консультирования необходимо осветить следующие вопросы:

### **3.2.1. Если результат отрицательный:**

См. подробнее Приложение I-B.

- При наличии показаний предложить пройти повторное тестирование через 3 месяца.
- Напомнить о мерах по снижению риска заражения ВИЧ.
- Направить пациента в соответствующие службы (например, если пациент ведет половую жизнь, связанную с высоким риском, его следует направить в венерологический диспансер, при наличии у пациента кашля — в туберкулезный диспансер).

### **3.2.2. Если результат положительный:**

См. подробнее Приложение I-B.

- Удостовериться в том, что пациент понимает значение результата тестирования.
- Оценить риск негативных последствий (выяснить, что больше всего беспокоит пациента в настоящий момент, есть ли суицидальные мысли, располагает ли он какой-либо поддержкой со стороны окружающих).

- Подчеркнуть необходимость профилактики передачи ВИЧ другим лицам, напомнить о методах профилактики.
- Обсудить дальнейшее получение медицинской помощи.
- Направить пациента в организации, предоставляющие поддержку ВИЧ-инфицированным.

### 3.3. Необходимые направления после тестирования

После тестирования нужно выдать пациенту следующие направления:

- Всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить к врачу для дальнейшего обследования и лечения.
- Всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить в службы, предоставляющие психосоциальную поддержку.
- Желательно, чтобы пациент мог получить дальнейшее консультирование у квалифицированного специалиста в том же учреждении.
- Всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить также в группы поддержки при НПО.
- При необходимости пациентов направляют в службы социального обеспечения (при наличии жилищных и финансовых проблем, потребности в уходе на дому).

### 3.4. Предупреждение негативных последствий тестирования на ВИЧ

**А.** Во время предтестового консультирования необходимо оценить риск негативных последствий получения известия о положительном результате тестирования (суицид, агрессия по отношению к себе или окружающим, страх жестокого отношения к себе со стороны партнера и других людей). (См. Приложение I-С «Факторы риска суицида»).

**Б.** Выявление риска негативных последствий может повлиять на решение пациента пройти тестирование.

**В.** Все пациенты с положительным результатом тестирования, у которых во время предтестового консультирования был выявлен риск агрессии по отношению к себе или окружающим, должны получить помощь. Консультанту нужно принять решение о том, что лучше — направить пациента к психиатру или немедленно вызвать психиатра на консультацию.

**Г.** Исследования показали, что женщины с положительным ВИЧ-статусом часто бывают жертвами сексуального насилия. Все пациентки, опасющиеся жестокого отношения к себе со стороны партнера или других людей, должны быть направлены в организации, оказывающие необходимую поддержку, например, социальные службы или женские организации.

### 3.5. Контроль и оценка качества ТиК

**А.** Контроль и оценка качества и содержания консультирования — необходимое условие обеспечения наиболее высоких стандартов ТиК. То же самое справедливо и в отношении контроля и оценки качества тестирования — методов лабораторного исследования и обеспечения расходными материалами.

**Б.** Обеспечение качества консультирования должно стать приоритетной задачей для образцовых центров ТиК, занимающихся подготовкой консультантов. При решении этой задачи рекомендуется использовать в качестве основополагающего документа *Tools for evaluating HIV voluntary counselling and testing, UNAIDS, 2000 (UNAIDS/00.09E)* [«Руководство по оценке качества добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ», ЮНЭЙДС, 2000].

**В.** Применительно к отдельным пациентам контроль и оценка качества ТиК предполагает ответы на следующие вопросы:

- Состоялась ли беседа с консультантом до тестирования на ВИЧ?
- Оценка качества предтестового консультирования — были ли затронуты следующие вопросы?
  - Поведение, сопряженное с высоким риском инфицирования, доводы в пользу тестирования на ВИЧ.
  - Пути передачи ВИЧ, меры профилактики, процедура тестирования, значение отрицательного и положительного результатов тестирования, возможные последствия выяснения ВИЧ-статуса.
  - Способность справиться с известием о положительном результате тестирования.
  - Возможные потребности и имеющиеся источники поддержки.
  - Индивидуальный план снижения риска.

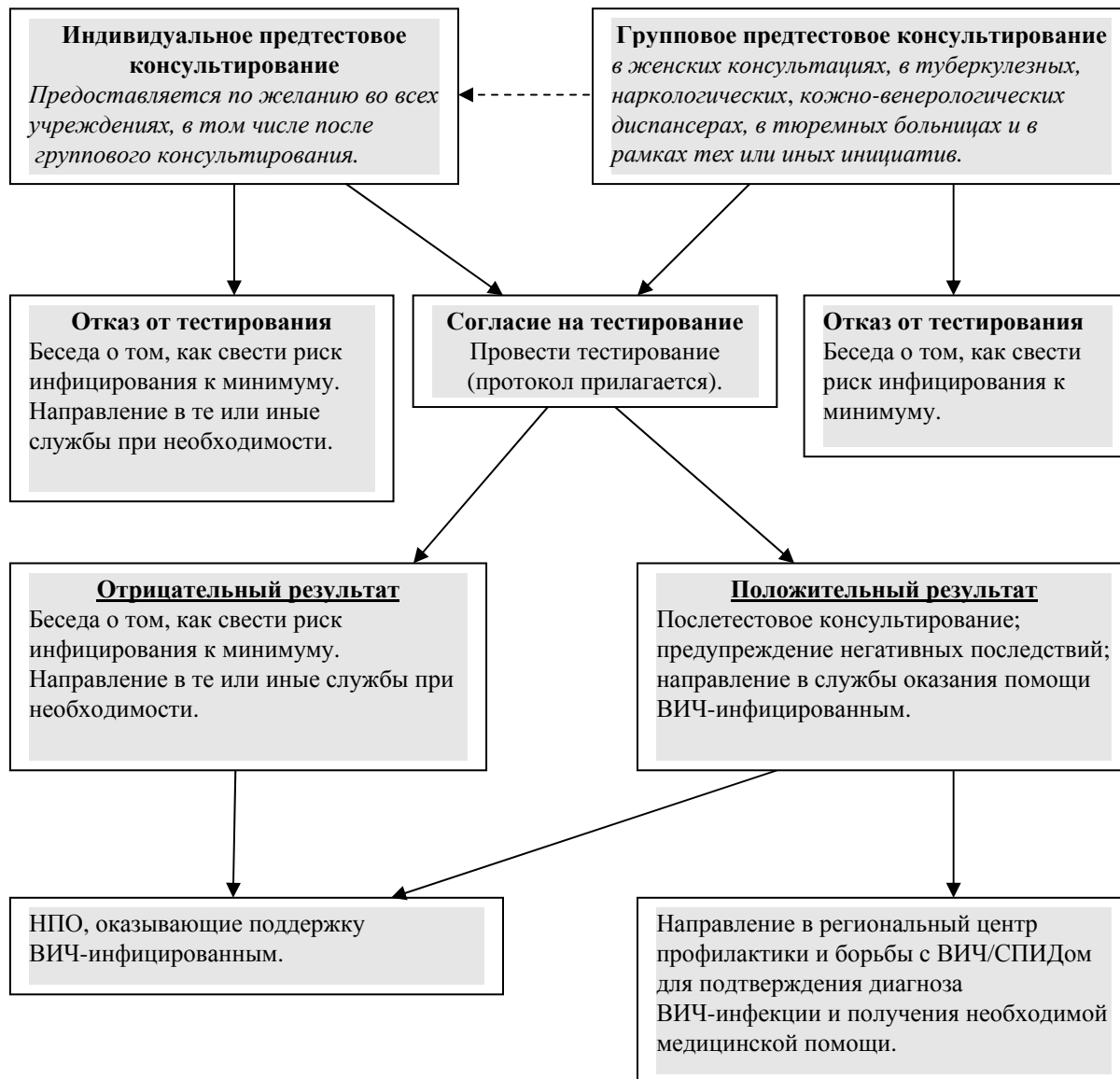
- Получение дальнейшей медицинской помощи.
- Направление в те или иные службы при необходимости.
- Достаточно ли было времени, чтобы полностью разобраться в этих вопросах?
- Действительно ли информированное согласие было дано без какого-либо принуждения?
- Проверил ли консультант уровень усвоения информации и устранил ли недопонимание каких-либо фактов?
- Состоялась ли беседа с консультантом после тестирования на ВИЧ?
- Оценка качества послетестового консультирования — верны ли следующие утверждения?
  - О результате тестирования было сообщено простым и понятным языком.
  - Консультант удостоверился в том, что пациент осознал результат тестирования.
  - Обсуждались значение результата тестирования, последствия выяснения ВИЧ-статуса, круг лиц, которым предполагается сообщить о результате тестирования.
  - Консультант помог справиться с первой эмоциональной реакцией на известие о ВИЧ-статусе.
  - Предлагались варианты немедленной поддержки.
  - Обсуждались дальнейшие пути получения медицинской помощи и поддержки.
  - Были выданы направления в те или иные службы (при необходимости).
- Удовлетворенность ТиК
  - Удобно ли расположено учреждение?
  - Каково было в среднем время ожидания?
  - Проявил ли консультант необходимую степень понимания?
  - Было ли организовано дальнейшее оказание медицинской помощи?



## Приложение I-А.

## Рисунок 1. АЛГОРИТМ ТЕСТИРОВАНИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

## ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ



## Приложение I-B. ПРОТОКОЛ ТЕСТИРОВАНИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

МЕРОПРИЯТИЕ	ОПИСАНИЕ
<p><b>Групповое предтестовое консультирование</b> (подлежит адаптации к особенностям учреждений, в которых оно будет проводиться — в женских консультациях, в туберкулезных, наркологических, венерологических диспансерах, тюремных больницах, в рамках тех или иных инициатив)</p>	<p>Осветить следующие вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Поведение, сопряженное с высоким риском инфицирования, доводы в пользу тестирования на ВИЧ.</li> <li>• Пути передачи ВИЧ, меры профилактики, описание процедуры тестирования.</li> <li>• Последствия выяснения ВИЧ-статуса для дальнейшей жизни пациентов, практические выводы.</li> <li>• Тестирование является добровольным.</li> <li>• Тестирование является бесплатным.</li> <li>• Результат тестирования является конфиденциальным.</li> <li>• Порядок получения информированного согласия на тестирование.</li> <li>• Порядок получения результатов тестирования.</li> <li>• Активная профилактика передачи ВИЧ: <ul style="list-style-type: none"> <li>– презервативы;</li> <li>– программы по уменьшению вреда от употребления инъекционных наркотиков (например, обмен игл).</li> </ul> </li> <li>• Возможности получения ВИЧ-инфицированными медицинской помощи и психосоциальной поддержки.</li> <li>• Источники более подробной информации и возможности получения индивидуальных консультаций по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией.</li> </ul>
<p><b>Индивидуальное предтестовое консультирование</b></p>	<p>Осветить следующие вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Поведение, сопряженное с высоким риском инфицирования, доводы в пользу тестирования на ВИЧ.</li> <li>• Пути передачи ВИЧ, меры профилактики, описание тестирования (процедура, значение положительного и отрицательного результатов тестирования, период «окна» и др.)</li> <li>• Последствия выяснения ВИЧ-статуса для дальнейшей жизни пациента, практические выводы; способность пациента справиться с известием о положительном результате.</li> <li>• Оценка риска негативных последствий положительного результата тестирования (суицида, агрессивной реакции по отношению к себе или окружающим) — аутоагрессивные поступки в прошлом, психиатрический анамнез.</li> <li>• Тестирование является добровольным.</li> <li>• Тестирование является бесплатным.</li> <li>• Информация о прохождении тестирования на ВИЧ и его результат являются конфиденциальными.</li> <li>• Порядок получения информированного согласия на тестирование.</li> <li>• Порядок получения результатов тестирования.</li> <li>• Активная профилактика передачи ВИЧ: <ul style="list-style-type: none"> <li>– презервативы;</li> <li>– программы по уменьшению вреда от употребления инъекционных наркотиков (например, обмен игл).</li> </ul> </li> <li>• Возможности получения ВИЧ-инфицированными медицинской помощи и психосоциальной поддержки.</li> <li>• Направление в венерологический или туберкулезный диспансер по показаниям.</li> <li>• Источники более подробной информации и возможности получения консультаций по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией.</li> </ul>

МЕРОПРИЯТИЕ	ОПИСАНИЕ
<p><b>Получение информированного согласия</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставить пациенту время для обдумывания затронутых при консультировании вопросов.</li> <li>• Проверить, насколько хорошо пациент понял предоставленную информацию, устранить недопонимание.</li> <li>• Спросить пациента, согласен ли он пройти тестирование.</li> <li>• Заполнить бланк информированного согласия, на котором пациент должен поставить свою подпись (Приложение I-Е).</li> </ul>
<p><b>Тестирование</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести тестирование в соответствии с алгоритмом, приведенным в Приложении I-D, рис.2.</li> </ul>
<p><b>Послетестовое консультирование при ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ результате тестирования</b></p> <p><b>Примечание:</b> Перечень тем, которые следует обсудить с пациентами с положительным и отрицательным результатом тестирования, практически одинаков, однако пациентам с положительным результатом тестирования обычно требуется больше внимания и помощи. Пациентам с положительным результатом тестирования обычно требуются более подробное обсуждение ситуации и особая поддержка и консультирование в дальнейшем, особенно в первые дни после получения результата тестирования, чем пациентам с отрицательным результатом тестирования.</p> <p>ВИЧ-положительных людей особенно тревожит вопрос раскрытия своего ВИЧ-статуса. Этой теме следует уделить особое внимание и посвятить ей второе послетестовое консультирование, если есть возможность его провести.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сообщить результат тестирования простым и понятным языком.</li> <li>• Выждать, пока пациент осознает результат тестирования.</li> <li>• Убедиться, что пациент понял результат тестирования.</li> <li>• Помочь пациенту справиться с эмоциональной реакцией (см. «Оценка риска и предупреждение негативных последствий»).</li> <li>• Обсудить значение результата тестирования для пациента.</li> <li>• Обсудить последствия для личной жизни, семейных и социальных отношений.</li> <li>• Обсудить, кому и когда пациент может рассказать о своем ВИЧ-статусе; посоветовать не рассказывать сразу о нем кому-либо, кроме самых близких людей (супруг, другой близкий человек).</li> <li>• Наметить индивидуальный план снижения риска, подчеркнуть важность профилактики, включая меры по уменьшению вреда (обмен игл или шприцев, заместительное наркологическое лечение), необходимость безопасного секса, использование презервативов.</li> <li>• Удостовериться, что пациент располагает необходимой поддержкой на ближайший период после ухода из учреждения — есть ли у него кто-то из близких дома или по соседству?</li> <li>• Обсудить порядок получения медицинской и психосоциальной помощи, выдать направления в соответствующие учреждения (всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить на медицинское обследование, по показаниям — в венерологический диспансер, туберкулезный диспансер, службу планирования семьи, поликлинику и др.)</li> <li>• Обсудить с пациентом его ближайшие планы, намерения, действия; при наличии неблагоприятных признаков принять необходимые меры.</li> <li>• Назначить повторное консультирование с конкретным консультантом <b>через 3 дня</b> (или раньше при наличии показаний).</li> <li>• По возможности помочь пациенту в осуществлении плана снижения риска (выдать презервативы, иглы и т. д.).</li> </ul>

МЕРОПРИЯТИЕ	ОПИСАНИЕ
<p><b>Послетестовое консультирование при ОТРИЦАТЕЛЬНОМ результате тестирования</b></p> <p><b>Примечание:</b> При отрицательном результате тестирования важно обсудить меры по снижению риска заражения ВИЧ. В связи с этим может потребоваться дальнейшее консультирование пациента по вопросам безопасного поведения или направление его в другие службы, помогающие изменить образ жизни в сторону уменьшения риска</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сообщить результат тестирования простым и понятным языком.</li> <li>• Выждать, пока пациент осознает результат тестирования.</li> <li>• Убедиться, что пациент понял результат тестирования.</li> <li>• Помочь пациенту справиться с эмоциональной реакцией (см. «Оценка риска и предупреждение негативных последствий»).</li> <li>• Обсудить значение результата тестирования для пациента.</li> <li>• Обсудить последствия для личной жизни, семейных и социальных отношений.</li> <li>• Обсудить, кому и когда пациент может рассказать о своем ВИЧ-статусе.</li> <li>• Наметить индивидуальный план снижения риска, подчеркнуть важность профилактики, включая меры по уменьшению вреда (обмен игл/шприцев, заместительное наркологическое лечение), необходимость безопасного секса, использование презервативов.</li> <li>• Обсудить дальнейшее получение пациентом медицинской и психосоциальной помощи, включая направления в соответствующие учреждения (по относительным или абсолютным показаниям), в особенности с целью снижения риска инфицирования в будущем.</li> <li>• Наметить план действий на ближайшее время.</li> <li>• При наличии показаний назначить повторное консультирование и/или повторное тестирование на ВИЧ через 3 месяца.</li> <li>• По возможности помочь пациенту в осуществлении плана снижения риска (выдать презервативы, иглы и т. д.)</li> <li>• При необходимости направить пациента в венерологический или туберкулезный диспансер.</li> </ul>
<p><b>Оценка риска и предупреждение негативных последствий</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В ходе послетестового консультирования, начиная с сообщения результата тестирования, необходимо оценить риск негативных последствий выяснения ВИЧ-статуса, в том числе опасность суицида (см. Приложение I-C, «Факторы риска суицида»), депрессии, агрессивной реакции. Необходимо помочь пациенту свести к минимуму последствия, касающиеся отношений с партнером и членами семьи.</li> <li>• Выяснить, кто из членов семьи или социального окружения может оказать поддержку.</li> <li>• Объяснить, что пациенту нужна помощь, чтобы справиться с негативными последствиями выяснения ВИЧ-статуса, и предложить помощь психолога или психиатра.</li> </ul>
<p><b>Направления для дальнейшего обследования, лечения и получения психосоциальной поддержки</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить к врачу для дальнейшего обследования и лечения.</li> <li>• Всех пациентов с положительным результатом тестирования необходимо направить в организации, предоставляющие психосоциальную поддержку, например, НПО, социальные службы и др.</li> <li>• Пациенту нужно предоставить дальнейшее консультирование в том же учреждении или другом, в зависимости от обстоятельств.</li> <li>• При совершении пациентом неадекватных поступков, связанных с неспособностью справиться с известием о своем ВИЧ-статусе, необходимо направить пациента в соответствующие службы (например, к психиатру или к социальному работнику).</li> </ul>

**Приложение I-С. ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДА****Индивидуальные и социальные факторы**

- Возраст: женщины — до 35 лет, мужчины — до 40 лет.
- Недавно полученное известие о наличии у себя серьезного заболевания.
- Разлука с супругом, развод, тяжелая утрата в недавнем прошлом.
- Угроза потери близкого человека.
- Проживание в одиночестве.
- Социальная изоляция.
- Проживание в бедном городском районе, курортном районе.
- Финансовое неблагополучие или бедность.
- Плохое самочувствие.

**Профессиональные факторы**

- Потеря работы или выход на пенсию в недавнем прошлом.
- Высокий социальный статус (врач, стоматолог, юрист); учащиеся.

**События**

- Недавно произошедшая крупная ссора с близкими.
- Тяжелая утрата; разлука с близкими.
- Потеря работы.
- Невозможность вести привычную жизнь в связи с выявленным смертельным заболеванием или терминальной стадией болезни.
- Семейные и социальные последствия алкогольной или наркотической зависимости.

**Психический статус**

- Депрессия (особенно эндогенная, затяжная, рецидивирующая) и мания.
- Алкогольная или наркотическая зависимость.
- Психические расстройства при органических поражениях головного мозга (особенно при эпилепсии, черепно-мозговой травме), ранняя деменция и спутанность сознания у пожилых.

**Анамнез**

- Попытки суицида в прошлом (особенно с применением активных насильственных методов, в последние 12 месяцев).
- Аффективные расстройства в анамнезе.
- Аффективные расстройства, попытки суицида, алкоголизм в семейном анамнезе.

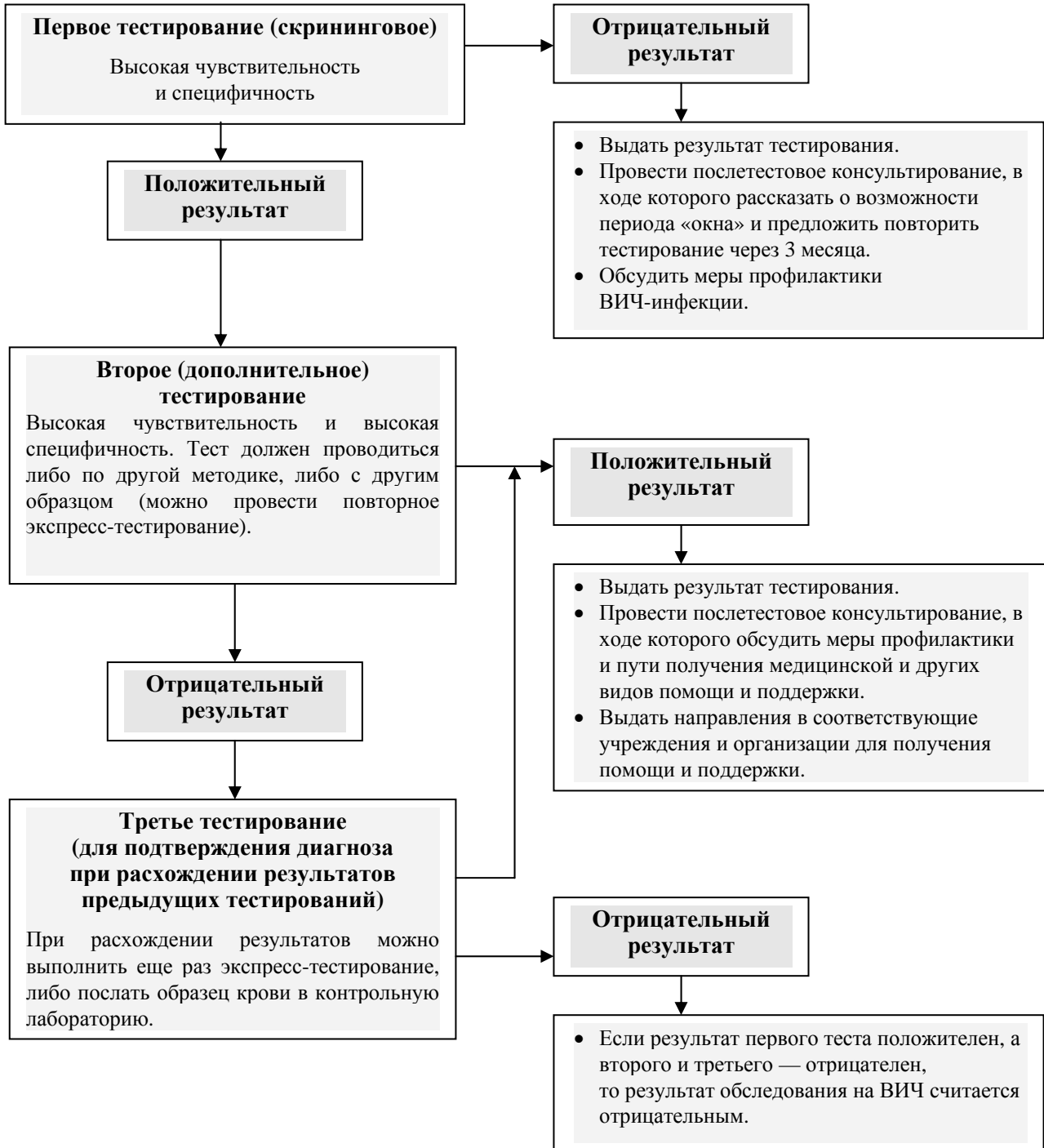
**Суицидальное поведение**

- Намеки на возможность суицида или разговоры о нем.
- Приготовления к суициду (выбор способа и подготовка к его осуществлению, составление завещания, страхование жизни, написание предсмертной записки).

## Приложение I-D.

### Рисунок 2.

### АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ на ВИЧ и интерпретации результатов (включая проведение дополнительного или подтверждающего диагностического тестирования)



## Приложение I-Е. Бланк информированного согласия

*Настоящим удостоверяется, что мне, нижеподписавшемуся(шейся), \_\_\_\_\_ лет.*

*Я обратился(ась) в данное учреждение по поводу консультирования и тестирования на ВИЧ добровольно, для того чтобы пройти тестирование на ВИЧ. Настоящим заявлением я подтверждаю свое желание и поручаю Центру взять образец моей крови (мочи, слюны) и исследовать его на ВИЧ.*

*Я подтверждаю, что номера образцов моей крови (мочи, слюны) совпадают с номерами, указанными в моей регистрационной карточке.*

*Я подтверждаю, что я также получил(а) информацию о*

- целях и процедуре тестирования на ВИЧ;*
- мерах профилактики заражения и передачи ВИЧ;*
- я также получил(а) консультацию по поводу того, какие дальнейшие действия мне следует предпринять в зависимости от получения положительного или отрицательного результата тестирования.*

*Я осведомлен(а) о своем праве отказаться от получения результатов тестирования.*

*Настоящим заявляю, что не буду предъявлять какие-либо претензии, прямо или косвенно связанные с результатами тестирования, к учреждению, проводящему тестирование, его персоналу или представителям, а также другим лицам, участвующим в проведении консультирования и тестирования на ВИЧ, включая привлечение к ответственности за выдачу ложноположительных или ложноотрицательных результатов тестирования.*

*Я разрешаю Центру провести повторное тестирование, позволяющее верифицировать мой ВИЧ-статус;  
решение о необходимости повторного тестирования оставляется на усмотрение Центра.*

*Подпись пациента: \_\_\_\_\_*

*Подпись свидетеля: \_\_\_\_\_*

*Дата: \_\_\_\_\_*





## II. Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков

Антиретровирусная терапия позволяет восстановить функцию иммунной системы, снизить число осложнений и продлить жизнь ВИЧ-инфицированным. Раньше только страны с высокоразвитой экономикой могли предоставить такую терапию всем нуждающимся в ней гражданам. Цель данной программы состоит в предоставлении антиретровирусной терапии как можно большему числу ВИЧ-инфицированных, проживающих в СНГ, с использованием для этого наиболее экономически эффективных способов. Антиретровирусная терапия должна стать неотъемлемой частью комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

### 1. Основные положения

Конечная цель программы — предоставить антиретровирусную терапию всем нуждающимся в ней ВИЧ-инфицированным.

#### Общие принципы

- На решение о проведении антиретровирусной терапии (АРТ) не должны влиять ни политические, ни социальные факторы. В частности, не следует отказывать в медицинской помощи любого уровня потребителям инъекционных наркотиков. Лечение необходимо предоставлять всем пациентам, нуждающимся в нем по медицинским показаниям и выразившим желание лечиться, в том числе потребителям инъекционных наркотиков, работникам секс-бизнеса и другим группам населения.
- Лечение ВИЧ-инфицированных включает широкий спектр видов помощи. Улучшить состояние пациентов, пока не готовых соблюдать жесткий режим АРТ или не нуждающихся в ней на данный момент, можно с помощью профилактики оппортунистических инфекций, лечения других хронических заболеваний и предоставления психосоциальной поддержки.
- Необходимо индивидуально оценивать готовность каждого пациента к соблюдению режима АРТ, выявлять препятствия к строгому выполнению назначений и разрабатывать оптимальные способы их преодоления.
- Для обеспечения непрерывности лечения пациентов и его экономической эффективности очень важно своевременно составлять подробные заявки на закупку и поставку медикаментов. В дальнейшем при закупках препаратов следует учитывать рекомендации ВОЗ и отдавать предпочтение фармацевтическим фирмам, предлагающим препараты по самым низким ценам.
- Необходимо разработать систему направлений пациентов в различные службы медицинской помощи, чтобы предоставить ВИЧ-инфицированным пациентам возможность получать все необходимые виды помощи в рамках возможностей местной системы здравоохранения.
- Приоритетными составляющими программы, в том числе с точки зрения экономической эффективности, служат обучение пациентов, контроль соблюдения режима приема препаратов и помощь пациентам в соблюдении режима лечения.
- Без наркологического лечения, в том числе проведения заместительной терапии, практически невоз-

можно добиться соблюдения режима АРТ потребителями инъекционных наркотиков. Поэтому программы по лечению СПИДа должны обязательно включать предоставление наркологической помощи.

- Важную роль в обучении и поддержке пациентов и повышении эффективности программы в целом, играет привлечение к этой работе добровольцев из числа ВИЧ-инфицированных.

## 2. Первичное обследование

Первичное обследование ВИЧ-инфицированных должно включать:

ВИД ОБСЛЕДОВАНИЯ	
Сбор анамнеза <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка общего состояния</li> <li>• Жалобы</li> <li>• Сопутствующие заболевания</li> <li>• Оценка психического статуса и готовности к лечению</li> <li>• Перенесенные серьезные заболевания (например, туберкулез), хирургические вмешательства, госпитализации; давность установления диагноза ВИЧ-инфекции и ее клинические проявления; принимаемые лекарственные средства</li> </ul>	+ + + + +
Физикальное исследование	+
Гинекологическое исследование	При необходимости
Лабораторные исследования <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общий анализ крови               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Гемоглобин</li> <li>– Общее число лейкоцитов и лейкоцитарная формула</li> </ul> </li> <li>• Анализ мочи</li> <li>• Биохимический анализ крови               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Показатели функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин)</li> <li>– Креатинин</li> </ul> </li> <li>• Серологическое исследование на сифилис</li> </ul>	+ + + + + +
Микроскопическое исследование мазка мокроты на КУБ	+
Рентгенография грудной клетки	+
Тест на беременность	При необходимости
Число лимфоцитов CD4	+
Другие исследования в зависимости от жалоб или других симптомов	При необходимости

При наличии показаний пациенту следует предложить наркологическое консультирование и лечение, психиатрическую помощь.

Обязательной частью начального этапа лечения ВИЧ-инфицированных должно быть обучение: пациентам нужно рассказать о природе и особенностях их заболевания, о способах предупреждения передачи инфекции другим людям и о том, какие возможности лечения ВИЧ-инфекции существуют на сегодняшний день.

## 3. Антиретровирусная терапия

### 3.1. Показания к АРТ

ВОЗ рекомендует назначать АРТ пациентам с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции и одним из следующих состояний:

**Таблица 1. Показания к АРТ**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стадия IV по классификации ВОЗ независимо от числа лимфоцитов CD4</li> <li>• Стадия III по классификации ВОЗ (к ее критериям относятся ВИЧ-кахекия, хроническая диарея неясной этиологии, длительная лихорадка неясной этиологии, туберкулез легких, рецидивирующие бактериальные инфекции, рецидивирующий или персистирующий кандидоз слизистых) с использованием в качестве вспомогательного критерия число лимфоцитов CD4 &lt; 350 мкл<sup>-1</sup>*</li> <li>• Стадия I или II по классификации ВОЗ, если число лимфоцитов CD4 равно 200 мкл<sup>-1</sup>**</li> </ul>
<p>* При определении показаний к немедленному началу АРТ рекомендуется учитывать число лимфоцитов CD4. Например, туберкулез легких возможен при любом числе лимфоцитов CD4, а другие клинические критерии (хроническая диарея, длительная лихорадка и др.) могут быть вызваны другими, не связанными с ВИЧ, причинами.</p> <p>** Пока не ясно, показана ли АРТ при уровне лимфоцитов CD4 &gt; 200 мкл<sup>-1</sup> и при каком именно.</p>
<p>Источник: “Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings”. <i>Guidelines for a public health approach. World Health Organization. December 2003.</i> («Увеличение масштабов применения антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов». Руководство по применению методов общественного здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения. Декабрь 2003 года)</p> <p>См. также Приложение II-A «Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, разработанная экспертами ВОЗ».</p>

### 3.2. Перечень антиретровирусных препаратов

Для схем АРТ первого ряда рекомендуются следующие препараты:

Трехкомпонентные комбинированные препараты:

- зидовудин (300 мг) + ламивудин (150 мг) + невирапин (200 мг)
- ставудин (40 мг) + ламивудин (150 мг) + невирапин (200 мг)
- ставудин (30 мг) + ламивудин (150 мг) + невирапин (200 мг) для пациентов с весом < 60 кг

Двухкомпонентные комбинированные препараты (для вводных схем с невирапином и отмены ифавиренца):

- зидовудин (300 мг) + ламивудин (150 мг)
- ставудин (40 мг) + ламивудин (150 мг)
- ставудин (30 мг) + ламивудин (150 мг) для пациентов с весом < 60 кг

Другие препараты:

- ифавиренц (600 мг)<sup>1</sup> 1 раз в сутки
- невирапин (200 мг) 1 раз в сутки в течение 14 сут, затем 200 мг 2 раза в сутки

Для схем АРТ второго ряда (в течение первого года терапии они требуются 5—10% пациентов) рекомендуются следующие препараты:

- тенофовир (300 мг) 1 раз в сутки
- абакавир (300 мг) 2 раза в сутки
- диданозин (400 мг) 1 раз в сутки
- диданозин (250 мг) 1 раз в сутки (при комбинировании с тенофовиром)
- лопинавир/ритонавир (400 мг/100 мг) 2 раза в сутки
- саквинавир/ритонавир (1000 мг/100 мг) 2 раза в сутки

Все упоминаемые лекарственные средства и их формы выпуска были одобрены к применению ВОЗ и зарегистрированы в соответствующих странах.

<sup>1</sup> Необходимо как можно быстрее зарегистрировать ифавиренц в таблетках по 600 мг, если он еще не зарегистрирован.

### 3.3. Схемы ART первого ряда и их характеристики, которые могут влиять на выбор лечения

Таблица 2. Схемы ART первого ряда

Схема	Основные побочные эффекты	Применение у женщин детородного возраста и беременных	Применение при туберкулезе*	Доступность в качестве трехкомпонентного комбинированного препарата	Необходимость в мониторинге лабораторных показателей	Стоимость в слаборазвитых странах на июнь 2003 г., долларов США в год
Зидовудин+ ламивудин+ невирапин	Зидовудин: желудочно-кишечные нарушения, анемия, нейтропения Невирапин: гепатотоксичность, тяжелая сыпь	Да	Да — при лечении туберкулеза схемами, не содержащими рифампицин. Сочетать с рифампицином можно с осторожностью*	Да***	Да	383—418
Ставудин+ ламивудин+ невирапин	Ставудин: нейропатия, панкреатит, липоатрофия Невирапин: гепатотоксичность, тяжелая сыпь	Да	Да — при лечении туберкулеза схемами, не содержащими рифампицин. Сочетать с рифампицином можно с осторожностью*	Да	Нет	281—358
Зидовудин+ ламивудин+ ифавиренц	Зидовудин: желудочно-кишечные нарушения, анемия, нейтропения Ифавиренц: токсичность для ЦНС, возможность тератогенного эффекта	Нет	Да, но только при условии надежной контрацепции; беременным ифавиренц противопоказан	Комбинированных препаратов, содержащих ифавиренц нет, но есть комбинированные препараты зидовудина с ламивудином***	Да	611—986
Ставудин+ ламивудин+ ифавиренц	Ставудин: нейропатия, панкреатит, липоатрофия Ифавиренц: токсичность для ЦНС, возможность тератогенного эффекта	Нет**	Да, но только при условии надежной контрацепции; беременным ифавиренц противопоказан	Комбинированных препаратов, содержащих ифавиренц нет, но есть комбинированные препараты ставудина с ламивудином***		

\* См. главу IV «Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций», раздел «Туберкулез».

\*\* См. раздел 5.1.

\*\*\* Эти комбинированные препараты не проходили преqualфикацию ВОЗ, однако их можно использовать при условии подтвержденного качества и проверенной биоэквивалентности.

Постоянно обновляемый список прошедших преqualфикацию ВОЗ антиретровирусных препаратов различных производителей находится на [www.who.int/medicines](http://www.who.int/medicines).

### 3.4. Показания к замене схемы АРТ у взрослых и подростков

Показаниями к замене схемы АРТ служат токсичность препаратов и неэффективность лечения.

**Таблица 3. Основные проявления токсичности схем АРТ первого ряда и препараты, рекомендуемые для замены**

СХЕМА	ТОКСИЧНОСТЬ	ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЗАМЕНЫ
Зидовудин+ ламивудин+ невирапин	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зидовудин: длительно сохраняющиеся желудочно-кишечные нарушения или выраженные нарушения кроветворения</li> <li>• Невирапин: выраженная гепатотоксичность</li> <li>• Невирапин: тяжелая сыпь (не угрожающая жизни)</li> <li>• Невирапин: угрожающая жизни сыпь (синдром Стивенса—Джонсона)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заменить зидовудин на ставудин</li> <li>• Заменить невирапин на ифавиренц (беременным ифавиренц противопоказан, у них невирапин заменяют на нелфинавир, лопинавир/ритонавир или абакавир)</li> <li>• Заменить невирапин на ифавиренц</li> <li>• Заменить невирапин на ИП*</li> </ul>
Ставудин+ ламивудин+ невирапин	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ставудин: нейропатия или панкреатит</li> <li>• Ставудин: липоатрофия</li> <li>• Невирапин: выраженная гепатотоксичность</li> <li>• Невирапин: тяжелая сыпь (не угрожающая жизни)</li> <li>• Невирапин: угрожающая жизни сыпь (синдром Стивенса—Джонсона)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заменить ставудин на зидовудин</li> <li>• Заменить ставудин на тенофовир или абакавир</li> <li>• Заменить невирапин на ифавиренц</li> <li>• Заменить невирапин на ифавиренц</li> <li>• Заменить невирапин на ИП*</li> </ul>
Зидовудин+ ламивудин+ ифавиренц	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зидовудин: длительно сохраняющиеся желудочно-кишечные нарушения или тяжелое угнетение кроветворения</li> <li>• Ифавиренц: сохраняющиеся нарушения со стороны ЦНС</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заменить зидовудин на ставудин</li> <li>• Заменить ифавиренц на невирапин</li> </ul>
Ставудин+ ламивудин+ ифавиренц	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ставудин: нейропатия или панкреатит</li> <li>• Ставудин: липоатрофия</li> <li>• Ифавиренц: сохраняющиеся нарушения со стороны ЦНС</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заменить ставудин на зидовудин</li> <li>• Заменить ставудин на тенофовир или абакавир**</li> <li>• Заменить ифавиренц на невирапин</li> </ul>
<p>* Для замены используют следующие ИП: лопинавир/ритонавир и саквинавир/ритонавир. В качестве альтернативы можно применять индинавир/ритонавир или нелфинавир.</p> <p>** При замене ставудина на другой препарат липоатрофия обычно сохраняется, однако ее прогрессирование замедляется. Для замены используют тенофовир или абакавир, однако в условиях ограниченных ресурсов эти препараты не всегда доступны. Если этих препаратов нет, можно использовать диданозин или зидовудин.</p>		

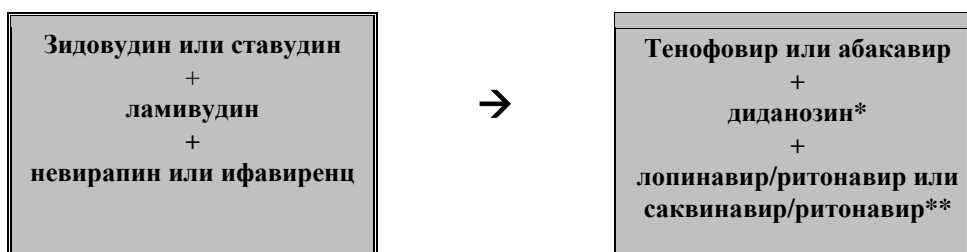
**Таблица 4. Клинические и иммунологические критерии неэффективности АРТ у взрослых и подростков**

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АРТ	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АРТ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Появление новых оппортунистических инфекций или злокачественных новообразований, свидетельствующих о клиническом прогрессировании заболевания. Эти состояния следует отличать от синдрома восстановления иммунной системы, который возможен в первые 3 месяца АРТ*. Этот синдром не указывает на неэффективность лечения, оппортунистические инфекции лечат как обычно, схему АРТ не меняют.</li> <li>• Рецидив перенесенной ранее оппортунистической инфекции**.</li> <li>• Появление или рецидив состояний, которые относятся к критериям III стадии ВИЧ-инфекции по определению ВОЗ (в том числе ВИЧ-кахекия, хроническая диарея неясной этиологии, длительная лихорадка неясной этиологии, рецидивирующие инвазивные бактериальные инфекции или рецидивирующий/персистирующий кандидоз слизистых)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение числа лимфоцитов CD4 до уровня, имевшегося на момент начала АРТ, или ниже, при условии, что исключены другие инфекционные причины преходящего снижения числа лимфоцитов CD4.***</li> <li>• Снижение числа лимфоцитов CD4 более чем на 50% от пикового уровня, при условии, что исключены другие инфекционные причины преходящего снижения числа лимфоцитов CD4.***</li> </ul>
<p>* Синдром восстановления иммунной системы характеризуется появлением симптомов оппортунистических заболеваний через несколько недель от начала АРТ у пациентов с выраженным иммунодефицитом в результате воспалительного ответа на имевшуюся латентную оппортунистическую инфекцию. При этом некоторые оппортунистические инфекции могут проявляться атипично.</p> <p>** Рецидив туберкулеза не всегда свидетельствует о прогрессировании ВИЧ-инфекции, так как может быть результатом повторного заражения. Необходимо клиническое обследование.</p> <p>*** У пациентов с бессимптомным течением инфекции, у которых снижение числа лимфоцитов CD4 является единственным критерием неэффективности АРТ, желательно определить число лимфоцитов CD4 повторно.</p>	

### 3.5. Схемы АРТ второго ряда

**Таблица 5. Рекомендуемые для взрослых и подростков схемы АРТ второго ряда при неэффективности схем первого ряда**

Схема АРТ первого ряда



\* При сочетании диданозина с тенофовиром дозу диданозина нужно снизить с 400 мг до 250 мг.

\*\* Транспортировка и хранение лопинавира/ритонавира и саквинавира/ритонавира требуют строгой холодной цепи. Если из-за ограниченных ресурсов она недоступна, можно использовать нелфинавир.

См. также:

Приложение II-B «Дозы антиретровирусных препаратов для взрослых и подростков»,

Приложение II-C «Взаимодействия антиретровирусных препаратов».

### 3.6. Мониторинг лабораторных показателей

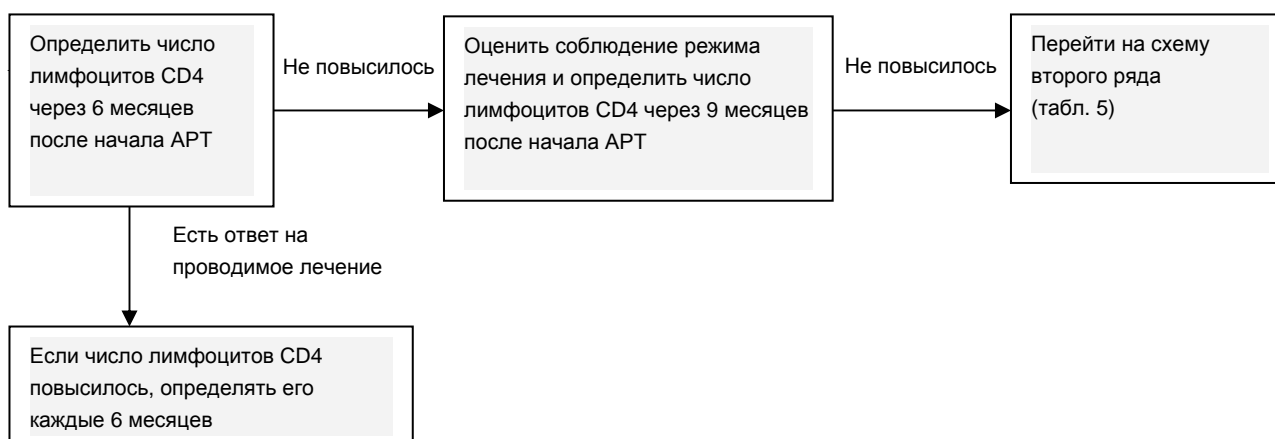
Таблица 6. Минимальные требования к мониторингу лабораторных показателей при лечении схемами АРТ первого ряда

СХЕМА	ИСХОДНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ (ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ)	ПОКАЗАТЕЛИ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ В ХОДЕ ТЕРАПИИ
Зидовудин+ламивудин+невирапин	Гемоглобин Общий анализ крови Число лимфоцитов CD4	В зависимости от симптоматики: гемоглобин, лейкоцитарная формула, АЛТ на предмет токсичности  Число лимфоцитов CD4 каждые 6 мес для оценки эффективности лечения
Ставудин+ламивудин+невирапин	Число лимфоцитов CD4	В зависимости от симптоматики определение АЛТ на предмет токсичности  Число лимфоцитов CD4 каждые 6 мес для оценки эффективности лечения
Зидовудин+ламивудин+ифавиренц	Тест на беременность Гемоглобин Общий анализ крови Число лимфоцитов CD4	В зависимости от симптоматики: гемоглобин, лейкоцитарная формула  Число лимфоцитов CD4 каждые 6 мес для оценки эффективности лечения
Ставудин+ламивудин+ифавиренц	Тест на беременность Число лимфоцитов CD4	Исследования в зависимости от симптоматики  Число лимфоцитов CD4 каждые 6 мес для оценки эффективности лечения
По возможности перед началом лечения и затем каждые 6 мес следует определять вирусную нагрузку.		

### 3.7. Оценка эффективности АРТ

Один из наиболее удобных и надежных способов оценки эффективности АРТ — наблюдение за числом лимфоцитов CD4 в динамике.

#### Алгоритм 1



Наиболее точно оценивать результаты лечения и выявлять резистентность к нему позволяют количественные методы определения вирусных частиц в крови, однако без них можно обойтись без ущерба лечению. Поскольку количественные методы пока еще очень дороги, их применение на этапе повышения доступности АРТ в странах СНГ данными протоколами не предусматривается. С дальнейшим продвижением программы использование этих методов будет пересматриваться.

## 4. Соблюдение режима АРТ

Невозможно добиться стабильного эффекта АРТ без строгого соблюдения режима приема препаратов. Установлено, что для подавления вирусной репликации и предотвращения резистентности необходимо принимать 95—100% предписанных доз препаратов. Это отличает ВИЧ-инфекцию от большинства других хронических заболеваний, при которых прием уже 80% доз считается приемлемым. Столь высокие требования в сочетании со сложной схемой приема препаратов делают соблюдение режима очень трудным для всех без исключения, но особенно для пациентов с сопутствующими заболеваниями или психосоциальными проблемами. Начинать работу с пациентами, направленную на улучшение соблюдения режима приема препаратов, следует еще до начала лечения по двум причинам:

- в первое время пациенты чаще допускают ошибки в приеме препаратов;
- пропуски приема препаратов в начале лечения, когда вирусная нагрузка еще высока, создают наиболее благоприятные условия для формирования резистентных штаммов вируса.

Ниже приводятся некоторые рекомендации по улучшению соблюдения режима приема препаратов, основанные на клиническом опыте различных медицинских учреждений; на сегодняшний день в этой области проведено слишком мало должным образом организованных или контролируемых исследований.

### 4.1. Оценка условий для соблюдения режима АРТ

В ходе обследования каждого пациента перед началом лечения необходимо выявлять возможные трудности в соблюдении режима приема препаратов. Это можно сделать с помощью анкеты или целенаправленного опроса, или более неформальной беседы пациента с врачом, медсестрой или консультантом. Важно выяснить:

- каков объем знаний пациента о ВИЧ-инфекции и ее лечении;
- каковы бытовые условия, включая возможность уединения;
- наличие условий для безопасного хранения препаратов;
- наличие у пациента опасений, что о его ВИЧ-статусе узнают домашние или коллеги;
- режим дня, особенности питания;
- наличие психических расстройств и проблем, связанных с употреблением наркотиков;
- наличие клинических проявлений, в том числе тошноты, рвоты и диареи;
- наличие других факторов, которые могут мешать лечению, например, финансовые затруднения, уход за ребенком, юридические или иммиграционные проблемы.

### 4.2. Подготовка к АРТ

Короткий курс обучения и другие мероприятия, направленные на подготовку пациента к лечению, приносят огромную пользу, и почти всегда их можно провести, не откладывая АРТ на долгий срок. Особенно эффективно привлечение консультантов из числа ВИЧ-инфицированных, получающих АРТ. Обычно проводятся два-три занятия длительностью от получаса до часа каждое. Занятия охватывают следующие три темы:

- **Основные сведения о ВИЧ-инфекции.** Следует обратить внимание на вирусную природу заболевания, развитие иммунодефицита и необходимость мер предосторожности для предупреждения заражения других людей.
- **Практические стороны АРТ.** Следует подчеркнуть риск появления резистентных штаммов вируса и необходимость сильнодействующих комбинаций АРВ препаратов и строгого соблюдения



назначений. Нужно рассказать о побочных эффектах АРВ препаратов, взаимодействиях с продуктами питания и связанных с этим рекомендациях, об условиях хранения препаратов. Более подробно следует остановиться на особенностях приема тех препаратов, которые назначены пациенту (возможные побочные эффекты, требования к питанию, режим приема препаратов и т. д.).

- **Соблюдение режима АРТ.** Следует подробно обсудить эту тему, включая ответы на вопросы, что делать, если пациент перепутал препараты или пропустил прием препарата, как поступить при появлении побочных эффектов, не позволяющих продолжить лечение. Большую пользу принесет встреча с ВИЧ-инфицированным консультантом, который испытал на себе все тяготы АРТ и почувствовал ее пользу и может поделиться личным опытом по преодолению трудностей в лечении.

### **4.3. Порядок выдачи антиретровирусных препаратов**

Выдача АРВ препаратов в лечебном учреждении служит для пациента поводом часто посещать клинику, и тем самым предоставляет медицинским работникам возможность своевременно выявлять любые проблемы, связанные с лечением. Это особенно важно в начале курса АРТ. Пациента следует пригласить на прием не позднее чем через 2—4 недели от начала терапии, чтобы убедиться в том, что он правильно принимает препараты и хорошо переносит лечение. Однако желательно, чтобы пациент приходил в клинику чаще. Для этого в течение первого месяца пациент получает заранее наполненные специальные многокамерные коробочки с запасом препаратов на неделю, затем на 2 недели или на месяц. Каждый раз, когда пациент приходит в учреждение за очередной порцией препаратов, необходимо решать все возникающие проблемы, включая связанные с побочными эффектами лечения. Большинство встреч с пациентом могут быть очень короткими, их могут проводить консультанты из числа ВИЧ-инфицированных или средний медицинский персонал, при необходимости направляя пациента к врачу. Дополнительным преимуществом такого подхода является раннее выявление пропусков приема препаратов и значительное уменьшение вероятности, что пациент будет плохо соблюдать режим лечения в течение длительного времени. Таким образом, у пациентов, которые вначале недостаточно строго соблюдают назначения, уменьшается риск появления резистентных штаммов вируса.

При лечении определенных групп населения можно принять дополнительные меры по улучшению соблюдения режима приема препаратов. Медицинские работники могут непосредственно контролировать прием каждой дозы АРВ препаратов пациентами, проживающими в социальных учреждениях. Потребители наркотиков, получающие заместительную терапию метадонном, могут принимать АРВ препараты под контролем персонала наркологической клиники. Прием АРВ препаратов в присутствии наблюдателя можно организовать также в рамках программ обмена игл. Если планируется, что прием препаратов будет частично или полностью контролироваться, предпочтительнее выбрать схему АРТ с однократным приемом препаратов в сутки и использовать комбинированные лекарственные формы, содержащие два-три АРВ препарата.

### **4.4. Контроль соблюдения режима АРТ**

При каждой встрече с пациентом нужно спрашивать его о соблюдении режима лечения и напоминать о необходимости строгого выполнения назначений. Очень важно во время беседы создать доверительную атмосферу, чтобы пациент мог сообщить о пропусках приема препаратов, не опасаясь осуждения. Многие пациенты переоценивают степень соблюдения режима лечения, но обычно достаточно точно рассказывают о своих ошибках. Широко применяется стандартизованная методика, когда пациент указывает долю правильно принятых доз препаратов за три дня, предшествующих визиту в клинику. Можно контролировать прием препаратов, подсчитывая количество таблеток, оставшихся в коробочке для лекарств или флаконе. Наконец, можно попросить пациента отобрать из кучки таблеток и капсул те, что входят в его режим лечения (поскольку все они различаются по форме и цвету).

## **5. Особенности АРТ у отдельных групп населения**

### **5.1. Женщины детородного возраста и беременные**

Для этой группы пациентов ВОЗ рекомендует следующие схемы АРТ первого ряда:

**(ЗИДОВУДИН или СТАВУДИН) + ЛАМИВУДИН + НЕВИРАПИН**

#### **Важные предосторожности**

- Получающие АРТ женщины, которые не хотят забеременеть, должны использовать надежные методы контрацепции, чтобы предотвратить нежелательную беременность.

- При условии надежной контрацепции женщине можно назначить ифавиренц в качестве ННИОТ-компонента схемы АРТ.
- Женщины, у которых на фоне АРТ наступила беременность, должны продолжать лечение прежней схемой АРТ, за одним исключением: если женщина принимала ифавиренц и находится на I или II триместре беременности, ифавиренц заменяют невирапином.
- Если АРТ начинают у беременной, желательно начинать лечение по завершении I триместра, однако у тяжело больных женщин польза раннего лечения безусловно перевешивает возможный риск для плода, и лечение начинают сразу.
- Назначать беременным комбинацию ставудина с диданозином можно только при крайней необходимости, когда нет другого выбора, так как эта комбинация у беременных несет риск лактацидоза.
- По сравнению с мужчинами у женщин повышен риск клинических проявлений гепатотоксичности и тяжелой сыпи при приеме невирапина, особенно при числе лимфоцитов  $> 250$  мкл<sup>-1</sup>, хотя эти осложнения развиваются редко.
- Пока не доказано, что однократный прием невирапина для ППМР снижает эффективность последующей АРТ с использованием схем на основе ННИОТ, поэтому эти схемы для лечения женщин, которые получили одну дозу невирапина или ламивудина с целью профилактики ПМР, использовать можно, и отказывать этим женщинам в пожизненном лечении не следует.
- Если отдано предпочтение схемам на основе ИП, можно применять саквинавир/ритонавир или нелфинавир, так как при беременности они безопасны.
- Если женщина, получающая АРТ, применяет гормональную контрацепцию, ей рекомендуют постоянно использовать презервативы, чтобы предотвратить заражение партнера и предотвратить беременность в случае возможной неэффективности гормональных контрацептивов.

## 5.2. Больные активной формой туберкулеза

ВИЧ-инфекция представляет собой самый серьезный из известных факторов риска развития активной формы туберкулеза у людей с латентной формой инфекции *Mycobacterium tuberculosis*. ВИЧ-инфекция также повышает вероятность рецидива туберкулеза, либо как следствие эндогенной реактивации возбудителя, либо как следствие реинфекции. Рост заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных повышает риск распространения туберкулеза среди населения в целом. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных обычно развивается при достижении глубокого иммунодефицита, при котором смертность очень высока.

Для значительной части пациентов, нуждающихся в АРТ, туберкулез будет отправной точкой в лечении ВИЧ-инфекции. АРТ рекомендуется всем больным туберкулезом с числом лимфоцитов CD4  $< 200$  мкл<sup>-1</sup>, и может быть назначена при числе лимфоцитов  $< 350$  мкл<sup>-1</sup>.

Показания и схемы АРТ, рекомендуемые при активной форме туберкулеза, приведены в табл. 7.

**Таблица 7. Лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных**

ЧИСЛО ЛИМФОЦИТОВ CD4	РЕКОМЕНДУЕМАЯ СХЕМА	ПРИМЕЧАНИЯ
Число лимфоцитов CD4 $< 200$ мкл <sup>-1</sup>	Начать противотуберкулезную терапию. Как только будет достигнута хорошая переносимость противотуберкулезных препаратов (через 2 нед—2 мес) <sup>1</sup> , назначить АРТ: (зидовудин или ставудин) + ламивудин + ифавиренц (600—800 мг/сут) <sup>2,3</sup>	Назначить АРТ. Женщинам детородного возраста можно назначать ифавиренц только при условии надежной контрацепции, беременным ифавиренц противопоказан.
Число лимфоцитов CD4 200—350 мкл <sup>-1</sup>	Начать противотуберкулезную терапию. По окончании ее начальной фазы назначить один из следующих режимов АРТ (при тяжелых нарушениях АРТ можно начать раньше): (зидовудин или ставудин) + ламивудин + ифавиренц (600 или 800 мг/сут) <sup>2</sup> ИЛИ если противотуберкулезная терапия не включает рифампицин — (зидовудин или ставудин) + ламивудин + невирапин <sup>3</sup>	Можно назначить АРТ, можно выждать
Число лимфоцитов CD4 $> 350$ мкл <sup>-1</sup>	Начать противотуберкулезную терапию	Отложить АРТ <sup>4</sup>

- <sup>1</sup> Решение о начале АРТ принимается с учетом клинической картины и симптомов иммунодефицита (см. табл. 1). При внелегочном туберкулезе независимо от числа лимфоцитов CD4 АРТ нужно начать как только будет достигнута хорошая переносимость противотуберкулезных препаратов.
- 2 Альтернативой ифавиренцу могут быть саквинавир/ритонавир (400/400 мг 2 раза в сутки или 1600/200 мг 1 раз в сутки), лопинавир/ритонавир (400/400 мг 2 раза в сутки) и абакавир (300 мг 2 раза в сутки).
- 3 Вместо ифавиренца, если нет других альтернатив, можно использовать невирапин (200 мг 1 раз в сутки в течение 2 недель, затем 200 мг 2 раза в сутки) в составе следующих схем: ставудин+ламивудин+невирапин или зидовудин+ламивудин+невирапин.
- 4 У пациентов, у которых помимо туберкулеза имеются критерии IV стадии ВИЧ-инфекции (см. табл. 1), АРТ начинают сразу, в остальных случаях — после завершения противотуберкулезной терапии.

## 6. Организация различных видов помощи

Пациенту могут потребоваться помощь психосоциальных служб, лечение сопутствующих заболеваний или побочных эффектов препаратов. Нужно стремиться так организовать медицинское обслуживание ВИЧ-инфицированных, чтобы как можно большую часть необходимых им услуг первичной медицинской помощи они получали в одном учреждении. Лечащий врач ВИЧ-инфицированного также должен координировать оказание помощи членам его семьи. Для выяснения возможностей по схемам АРТ третьего ряда следует обращаться в Государственный центр лечения ВИЧ-инфекции.

## 7. Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных

С началом АРТ пациенты нуждаются в постоянном наблюдении и частых обследованиях (табл. 8).

**Таблица 8. Лист диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированного пациента**

Вид обследования	Недели						Месяцы											
	-4	-2	0	2	4	8	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Оценка соблюдения режима лечения																		
Оценка общего состояния																		
Наличие сопутствующих заболеваний																		
Полный анамнез настоящего заболевания																		
Физикальное исследование																		
Лабораторные исследования:																		
• Общий анализ крови																		
– Гемоглобин																		
– Общее число лейкоцитов и лейкоцитарная формула																		
• Анализ мочи																		
• Биохимический анализ крови																		
– Показатели функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин)																		
– Креатинин																		
• Число лимфоцитов CD4																		
Гинекологическое исследование																		
Микроскопия мазка мокроты на КУБ																		
Рентгенография грудной клетки																		
Тест на беременность																		
Оценка показаний к АРТ																		
Другие исследования в зависимости от симптоматики	При необходимости																	

## 8. Контроль побочных эффектов АРТ

Пациенту необходимо предоставить информацию о распространенных и опасных побочных эффектах антиретровирусных препаратов, которые он принимает. Его следует проинструктировать, что делать при появлении тех или иных симптомов. В большинстве случаев, например при таких распространенных побочных эффектах как тошнота и диарея, достаточно успокоить пациента и назначить симптоматическое лечение.

## 9. Текущий контроль за предоставлением АРТ

Текущий контроль и оценка проводимой работы — необходимое условие для достижения поставленных целей. Оцениваться должны как уровень оказания помощи отдельным пациентам, так и результаты работы в целом. Одним из очевидных показателей служит число ВИЧ-инфицированных, получающих АРТ. Что касается индивидуальных результатов лечения, у 60—70% пациентов через 24 недели после начала ВААРТ должно наблюдаться заметное клиническое улучшение, о котором можно судить либо по общему состоянию пациента (прибавка в весе, уменьшение клинических проявлений), либо по косвенным показателям (например, повышение числа лимфоцитов CD4).

Важным показателем эффективности предоставления АРТ, который необходимо постоянно отслеживать, служит число ВИЧ-инфицированных, которые продолжают получать АРТ и проходят регулярные обследования каждые 6 месяцев. Необходимо вести статистику тяжелых заболеваний и смертей пациентов, получающих АРТ. К другим важным показателям относятся доля пропущенных посещений врача и доля пропущенных доз АРВ препаратов.

## Приложение II-А. Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, разработанная экспертами ВОЗ

### I клиническая стадия

1. Бессимптомное течение
2. Генерализованная лимфаденопатия  
1 уровень функциональных возможностей: бессимптомное течение, нормальный уровень повседневной активности

### II клиническая стадия

3. Потеря веса менее 10% от исходного
4. Легкие поражения кожи и слизистых (себорейный дерматит, зудящие дерматозы, грибковые поражения ногтей, рецидивирующий афтозный стоматит, ангулярный хейлит)
5. Опоясывающий лишай за последние пять лет
6. Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (например, бактериальный синусит)  
И/или 2 уровень функциональных возможностей: клинические проявления, нормальный уровень повседневной активности

### III клиническая стадия

7. Потеря веса более 10% от исходного
8. Диарея неясной этиологии длительностью более 1 месяца
9. Лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая) длительностью более 1 месяца
10. Кандидоз полости рта (молочница)
11. Волосатая лейкоплакия рта
12. Туберкулез легких
13. Тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, гнойный миозит)  
И/или 3 уровень функциональных возможностей: в течение последнего месяца пациент проводил в постели менее 50% дневного времени

### IV клиническая стадия

14. ВИЧ-кахексия\*
15. Пневмоцистная пневмония
16. Церебральный токсоплазмоз
17. Криптоспоридиоз с диареей длительностью более 1 месяца
18. Внегочный криптококкоз
19. Цитомегаловирусная инфекция с поражением любых органов, кроме печени, селезенки и лимфатических узлов (например, ретинит)
20. Инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов или хроническим (более 1 месяца) поражением кожи и слизистых оболочек
21. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
22. Любой диссеминированный эндемический микоз
23. Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких
24. Диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями
25. Сальмонеллезная септицемия (кроме *Salmonella typhi*)
26. Внегочный туберкулез
27. Лимфома
28. Саркома Капоши
29. ВИЧ-энцефалопатия\*\*  
И/или 4 уровень функциональных возможностей: в течение последнего месяца пациент проводил в постели более 50% дневного времени

**Примечание:** приемлемы как окончательный, так и предварительный диагноз заболеваний.

\* ВИЧ-кахексия: потеря веса более 10% от исходного и либо хроническая (более 1 месяца) диарея неясной этиологии, либо хроническая слабость в сочетании с длительной (более 1 месяца) лихорадкой неясной этиологии.

\*\* ВИЧ-энцефалопатия: тяжелые когнитивные и/или двигательные расстройства, которые нарушают повседневную активность и прогрессируют в течение недель или месяцев в отсутствие других причин кроме ВИЧ-инфекции.

**Приложение II-B.****Дозы антиретровирусных препаратов для взрослых и подростков**

("Scaling up Antiretroviral therapy in resource limited settings. Guidelines for a public health approach". WHO, 2003 Revision)

Приведенные дозы широко используются в клинической практике, они проверены клиническими испытаниями, а однократный или двукратный прием в сутки позволяет добиться хорошего выполнения назначений. Дозы указаны для пациентов с нормальной функцией печени и почек. При почечной или печеночной недостаточности может потребоваться коррекция доз согласно инструкции изготовителя препарата. Кроме того, нужно уточнять информацию по возможным взаимодействиям антиретровирусных препаратов с другими лекарственными средствами.

<b>КЛАСС ПРЕПАРАТОВ/ПРЕПАРАТ</b>	<b>ДОЗА</b>
<b>Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)</b>	
Зидовудин	300 мг 2 раза в сутки
Ставудин	Вес ≥ 60 кг: 40 мг 2 раза в сутки Вес < 60 кг: 30 мг 2 раза в сутки
Ламивудин	150 мг 2 раза в сутки или 300 мг 1 раз в сутки
Диданозин	Вес ≥ 60 кг: 400 мг 1 раз в сутки Вес < 60 кг: 250 мг 1 раз в сутки В сочетании с тенофовиром: 250 мг 1 раз в сутки
Абакавир	300 мг 2 раза в сутки
Комбивир (зидовудин/ламивудин)	300 мг/150 мг 2 раза в сутки
<b>Нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы</b>	
Тенофовир	300 мг 1 раз в сутки При использовании с диданозином дозу последнего снижают
<b>Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)</b>	
Ифавиренц	600 мг 1 раз в сутки <sup>1</sup>
Невирапин	200 мг 1 раз в сутки в течение 14 суток, затем 200 мг 2 раза в сутки
<b>Ингибиторы протеазы ВИЧ (ИП)</b>	
Нелфинавир	1250 мг 2 раза в сутки
Индинавир/ритонавир	800 мг/100 мг 2 раза в сутки <sup>2,4</sup>
Лопинавир/ритонавир	400 мг/100 мг 2 раза в сутки; если назначается в комбинации с ифавиренцем или невирапином, то 533 мг/133 мг 2 раза в сутки
Саквинавир/ритонавир	1000 мг/100 мг 2 раза в сутки или 1600 мг/200 мг 1 раз в сутки <sup>3,4</sup>
<p><sup>1</sup> Дозы для пациентов, получающих антиретровирусную терапию, см. в разделе по туберкулезу.</p> <p><sup>2</sup> Эта дозировка широко используется в клинической практике. Также используются и другие дозы индинавира/ритонавира — от 800 мг/200 мг 2 раза в сутки до 400 мг/100 мг 2 раза в сутки.</p> <p><sup>3</sup> В комбинации с ритонавиром можно применять саквинавир как в твердых, так и в мягких желатиновых капсулах.</p> <p><sup>4</sup> При сочетании с ННИОТ требуется коррекция доз, однако официальных рекомендаций дать пока нельзя. Одна из возможностей — повысить дозу ритонавира до 200 мг, если одновременно назначены ифавиренц или невирапин. На сегодняшний день данных о взаимодействии препаратов недостаточно.</p>	

## Приложение II-С. Взаимодействия антиретровирусных препаратов

### 1. Взаимодействия ННИОТ и ИП

	Невирапин	Ифавиренц	Индинавир	Лопинавир /ритонавир	Нелфинавир	Саквинавир
Невирапин		СК невирапина не изменяется. AUC ифавиренца уменьшается на 22%. <b>Рекомендация:</b> назначать препараты в стандартных дозах	СК невирапина повышается вдвое. СК индинавира снижается на 28%. <b>Рекомендация:</b> увеличить дозу индинавира до 1000 мг 3 раза в сутки; дозу невирапина не менять	СК невирапина не изменяется. $C_{\min}$ лопинавира снижается на 55%. <b>Рекомендация:</b> можно увеличить дозу лопинавира/ ритонавира до 533 мг/133 мг 2 раза в сутки; дозу невирапина не менять	СК невирапина не изменяется. СК нелфинавира повышается на 10%. <b>Рекомендация:</b> назначать препараты в стандартных дозах	СК невирапина не изменяется. СК саквинавира снижается на 25%. <b>Рекомендация:</b> назначать препараты в стандартных дозах
Ифавиренц			СК ифавиренца не изменяется. СК индинавира снижается на 31%. <b>Рекомендация:</b> увеличить дозу индинавира до 1000 мг 3 раза в сутки; дозу ифавиренца не менять	СК ифавиренца не изменяется. AUC лопинавира уменьшается на 40%. <b>Рекомендация:</b> можно увеличить дозу лопинавира/ ритонавира до 533 мг/133 мг 2 раза в сутки; дозу ифавиренца не менять	СК ифавиренца не изменяется. СК нелфинавира повышается на 20%. <b>Рекомендация:</b> назначать препараты в стандартных дозах	СК ифавиренца снижается на 12%. СК саквинавира снижается на 62%. <b>Рекомендация:</b> не назначать эти препараты вместе (однако можно назначать саквинавир/ ритонавир)
Индинавир				СК лопинавира не изменяется. AUC и $C_{\min}$ индинавира увеличиваются. <b>Рекомендация:</b> снизить дозу индинавира до 600 мг 2 раза в сутки; дозу лопинавира не менять	СК нелфинавира повышается на 80%. СК индинавира повышается на 50%. <b>Рекомендация:</b> пока недостаточно данных о применении индинавира, 1200 мг 2 раза в сутки, в комбинации с нелфинавиром, 1250 мг 2 раза в сутки	СК саквинавира повышается в 4–7 раз. СК индинавира не изменяется. <b>Рекомендация:</b> недостаточно данных
Лопинавир					Нет данных	AUC и $C_{\min}$ саквинавира увеличиваются. <b>Рекомендация:</b> снизить дозу саквинавира до 800 мг 2 раза в сутки; дозу лопинавира /ритонавира не менять
Нелфинавир						СК саквинавира повышается в 2—5 раз. СК нелфинавира повышается на 20%. <b>Рекомендация:</b> назначить саквинавир в мягких желатиновых капсулах, 1200 мг 2 раза в сутки; дозу нелфинавира не менять

СК — сывороточная концентрация, AUC — площадь под кривой сывороточной концентрации,  $C_{\min}$  — минимальная сывороточная концентрация.

Источник: "Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings". Guidelines for a public health approach. World Health Organization. June, 2002. Appendix 8B («Увеличение масштабов применения антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов»). Руководство по применению методов общественного здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения. Июнь 2002 года. Приложение 8B)

## 2. Взаимодействия ННИОТ и ИП с другими лекарственными средствами

	Невирапин	Ифавиренц	Индинавир	Лопинавир/ ритонавир	Нелфинавир	Саквинавир
<b>Противогрибковые препараты</b>						
Кетоконазол	СК невирапина повышается на 15—30%. СК кетоконазола снижается на 63%. <b>Рекомендация:</b> не назначать эти препараты вместе	Нет данных	СК индинавира повышается на 68%. <b>Рекомендация:</b> снизить дозу индинавира до 600 мг 3 раза в сутки	СК лопинавира снижается на 13%. СК кетоконазола увеличивается втрое. <b>Рекомендация:</b> не разработаны	Изменение доз не требуется	СК саквинавира увеличивается втрое. <b>Рекомендация:</b> Назначать препараты в стандартных дозах
<b>Противотуберкулезные препараты</b>						
Рифампицин	СК невирапина снижается на 37%. <b>Рекомендация:</b> назначать с осторожностью — только в случаях, когда нет возможности назначить другую схему терапии	СК ифавиренца снижается на 25—33%. <b>Рекомендация:</b> можно повысить дозу ифавиренца до 800 мг/сут	СК индинавира снижается на 89%. <b>Рекомендация:</b> не назначать эти препараты вместе	AUC лопинавира снижается на 75%. <b>Рекомендация:</b> не назначать эти препараты вместе	СК нелфинавира снижается на 82%. <b>Рекомендация:</b> не назначать эти препараты вместе	СК саквинавира снижается на 84%, если одновременно не принимать ритонавир. <b>Рекомендация:</b> на фоне саквинавира/ритонавира рифампицин назначать в дозе 600 мг/сут или 600 мг 2-3 раза в неделю
Рифабутин	СК невирапина снижается на 16%. <b>Рекомендация:</b> назначать препараты в стандартных дозах	СК ифавиренца не изменяется. СК рифабутин снижается на 35%. <b>Рекомендация:</b> увеличить дозу рифабутин до 450—600 мг/сут (или 600 мг 2-3 раза в неделю); дозу ифавиренца не менять	СК индинавира снижается на 32%. СК рифабутин увеличивается вдвое. <b>Рекомендация:</b> уменьшить дозу рифабутин до 150 мг/сут (или 300 мг 2-3 раза в неделю); увеличить дозу индинавира до 1000 мг 3 раза в сутки	AUC рифабутин увеличивается втрое. <b>Рекомендация:</b> уменьшить дозу рифабутин до 150 мг/сут; дозу лопинавира/ритонавира не менять	СК нелфинавира снижается на 32%. СК рифабутин увеличивается вдвое. <b>Рекомендация:</b> уменьшить дозу рифабутин до 150 мг/сут (или 300 мг 2-3 раза в неделю); увеличить дозу нелфинавира до 1000 мг 3 раза в сутки	СК саквинавира снижается на 40% (на фоне ритонавира уровень рифабутин увеличивается вчетверо). <b>Рекомендация:</b> на фоне саквинавира /ритонавира рифабутин назначать в дозе 150 мг/сут 2-3 раза в неделю
Кларитромицин	СК невирапина повышается на 26%. СК кларитромицин снижается на 30%. <b>Рекомендация:</b> назначать препараты в стандартных дозах	СК ифавиренца не изменяется. СК кларитромицин снижается на 39%. <b>Рекомендация:</b> не назначать эти препараты вместе	СК кларитромицин повышается на 53%. <b>Рекомендация:</b> назначать препараты в стандартных дозах	Нет данных	Нет данных	СК кларитромицин увеличивается на 45%. СК саквинавира увеличивается на 177%. <b>Рекомендация:</b> назначать препарат в стандартных дозах
<b>Пероральные контрацептивы</b>						
	СК эстрадиола снижается на 20%. <b>Рекомендация:</b> использовать другие или доп. методы контрацепции	СК эстрадиола повышается на 37%; по другим компонентам нет данных. <b>Рекомендация:</b> использовать другие или доп. методы контрацепции	На фоне ритонавира СК эстрадиола снижается. <b>Рекомендация:</b> использовать другие или доп. методы контрацепции	СК эстрадиола снижается на 42%. <b>Рекомендация:</b> использовать другие или доп. методы контрацепции	СК эстрадиола снижается на 47%; уровень норэтиндрона снижается на 18%. <b>Рекомендация:</b> использовать другие или доп. методы контрацепции	На фоне ритонавира СК эстрадиола снижается. <b>Рекомендация:</b> использовать другие или дополнительные методы контрацепции
<b>Метадон</b>						
	СК метадона значительно снижается. <b>Рекомендация:</b> сообщалось о развитии синдрома отмены опиоидов; может потребоваться увеличение дозы метадона	СК метадона значительно снижается. <b>Рекомендация:</b> сообщалось о развитии синдрома отмены опиоидов; может потребоваться увеличение дозы метадона	Без изменений, но возможно снижение СК метадона на фоне низких доз ритонавира. <b>Рекомендация:</b> при приеме индинавира с низкими дозами ритонавира возможен синдром отмены опиоидов; может потребоваться увеличение дозы метадона	AUC метадона уменьшается на 53%. <b>Рекомендация:</b> возможен синдром отмены опиоидов; может потребоваться увеличение дозы метадона	Может снижаться СК метадона <b>Рекомендация:</b> возможен синдром отмены опиоидов; может потребоваться увеличение дозы метадона	Нет данных, но возможно снижение СК метадона при приеме низких доз ритонавира <b>Рекомендация:</b> при приеме саквинавира с низкими дозами ритонавира возможен синдром отмены опиоидов; может потребоваться увеличение дозы метадона



	Невирапин	Ифавиренц	Индинавир	Лопинавир / ритонавир	Нелфинавир	Саквинавир
<b>Противосудорожные препараты</b>						
Фенобарбитал	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных, но возможно существенное снижение СК лопинавира. <b>Рекомендация:</b> отслеживать СК противосудорожного препарата	Нет данных, но возможно существенное снижение СК нелфинавира. <b>Рекомендация:</b> отслеживать СК противосудорожного препарата	Неизвестно, но возможно существенное снижение СК саквинавира. <b>Рекомендация:</b> отслеживать СК противосудорожного препарата
<b>Гиполипидемические препараты</b>						
Симвастатин, ловастатин, аторвастатин, правастатин	Нет данных	Нет данных	Возможно значительное повышение СК статинов (кроме правастатина). <b>Рекомендация:</b> не назначать эти препараты вместе (за исключением правастатина); коррекция дозы не требуется	Возможно значительное повышение СК статинов. <b>Рекомендация:</b> не назначать эти препараты вместе	Возможно значительное повышение СК статинов. <b>Рекомендация:</b> не назначать эти препараты вместе	Возможно значительное повышение СК статинов. <b>Рекомендация:</b> не назначать эти препараты вместе
<b>Другие препараты, которые не следует назначать вместе с ННИОТ и ИП</b>						
	<b>Фитопрепараты:</b> экстракты зверобоя и чеснока	<b>Антигистаминные:</b> атемизол, терфенадин <b>Желудочно-кишечные:</b> цизаприд <b>Психотропные:</b> мидазолам, триазолам <b>Алкалоиды спорыньи:</b> дигидроэрготамин, эрготамин <b>Фитопрепараты:</b> экстракты зверобоя и чеснока	<b>Антигистаминные:</b> атемизол, терфенадин <b>Желудочно-кишечные:</b> цизаприд <b>Психотропные:</b> мидазолам, триазолам <b>Алкалоиды спорыньи:</b> дигидроэрготамин, эрготамин <b>Фитопрепараты:</b> экстракты зверобоя и чеснока При приеме индинавира с низкими дозами ритонавира: <b>Противоаритмические:</b> флекаинид, пропафенон <b>Нейролептики:</b> пимозид	<b>Антигистаминные:</b> атемизол, терфенадин <b>Желудочно-кишечные:</b> цизаприд <b>Психотропные:</b> мидазолам, триазолам <b>Алкалоиды спорыньи:</b> дигидроэрготамин, эрготамин <b>Фитопрепараты:</b> экстракты зверобоя и чеснока <b>Противоаритмические:</b> флекаинид, пропафенон <b>Нейролептики:</b> пимозид	<b>Антигистаминные:</b> атемизол, терфенадин <b>Желудочно-кишечные:</b> цизаприд <b>Психотропные:</b> мидазолам, триазолам <b>Алкалоиды спорыньи:</b> дигидроэрготамин, эрготамин <b>Фитопрепараты:</b> экстракты зверобоя и чеснока <b>Противоаритмические:</b> флекаинид, пропафенон <b>Нейролептики:</b> пимозид	<b>Антигистаминные:</b> атемизол, терфенадин <b>Желудочно-кишечные:</b> цизаприд <b>Психотропные:</b> мидазолам, триазолам <b>Алкалоиды спорыньи:</b> дигидроэрготамин, эрготамин <b>Фитопрепараты:</b> экстракты зверобоя и чеснока При приеме саквинавира с низкими дозами ритонавира: <b>Противоаритмические:</b> флекаинид, пропафенон <b>Нейролептики:</b> пимозид
Прочее	Ускоряется метаболизм кортикостероидов, что приводит к снижению их СК	Необходимо отслеживать СК варфарина, если он назначается на фоне ифавиренца	Грейпфрутовый сок снижает СК индинавира на 26%	Нет данных	Нет данных	Грейпфрутовый сок повышает СК саквинавира. Дексаметазон снижает СК саквинавира
СК — сывороточная концентрация, AUC — площадь под кривой сывороточной концентрации, C <sub>min</sub> — минимальная сывороточная концентрация.						
Источник: "Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings". Guidelines for a public health approach. World Health Organization. June, 2002. Appendix 8C ( «Увеличение масштабов применения антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов». Руководство по применению методов общественного здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения. Июнь 2002 года. Приложение 8C)						



# III. Помощь ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков

## Введение

Злоупотребление психоактивными веществами наносит огромный вред здоровью человека и представляет собой серьезную проблему здравоохранения. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) подвергаются риску заражения различными инфекциями, передающимися с кровью, включая ВИЧ-инфекцию. В некоторых регионах, в том числе в странах бывшего СССР, употребление инъекционных наркотиков — основная движущая сила эпидемии ВИЧ-инфекции. Профилактическая работа, включающая просветительские мероприятия и программы снижения вреда, позволяет успешно сдерживать распространение ВИЧ-инфекции среди ПИН. Однако во многих регионах результаты профилактики сводит на нет отсутствие помощи ВИЧ-инфицированным; особенно это касается антиретровирусной терапии (АРТ).

Опыт других стран, в частности, Бразилии, показывает, что наиболее эффективная стратегия борьбы с эпидемией включает два направления деятельности: профилактику и — по показаниям — лечение. Таким образом, для стран, где быстрое распространение эпидемии ВИЧ-инфекции в первую очередь обусловлено потреблением инъекционных наркотиков, важнейшая задача — предоставить ПИН необходимую профилактическую и лечебную помощь.

Сегодня в странах СНГ доступность различных видов помощи при ВИЧ-инфекции, включая АРТ, растет. Благодаря этому, многие ПИН, которые раньше не попадали в сферу внимания здравоохранения, теперь будут обеспечены помощью, что приведет к улучшению состояния их здоровья и повышению эффективности профилактических просветительских программ и программ снижения вреда. Любая помощь должна быть организована так, чтобы привлечь как можно больше тех, кто в ней нуждается. И этому следует уделить особое внимание.

Очевидно, что там, где всесторонняя медицинская помощь ВИЧ-инфицированным ПИН легко доступна, а какого-либо осуждения обратившихся за помощью не допускается, удастся привлечь больше потенциальных пациентов. Так, наиболее успешным себя показало сочетание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным ПИН с социальной, психиатрической и наркологической помощью, которая включает программы снижения вреда, детоксикационную и заместительную терапию.

## 1. Организация медицинской помощи

### 1.1. Общие принципы

Организовывать и координировать медицинскую помощь для ВИЧ-инфицированных ПИН, которые часто страдают множеством различных заболеваний, зачастую не просто. Успешный опыт ряда программ помощи ПИН, которые включали диагностику и лечение ВИЧ-инфекции и СПИДа, позволил выделить ряд основных принципов.

**1) Медицинская помощь должна быть доступной.** Службы должны быть расположены удобно для пациентов, в учреждениях основной сети здравоохранения.

**2) Медицинская помощь должна быть всесторонней.** В одном учреждении должно предоставляться

как можно больше услуг первоочередной важности. Спрос на акушерско-гинекологическую помощь, помощь в планировании семьи и прочие важнейшие виды помощи будет намного выше, если все эти услуги будут доступны в одном учреждении — том, в которое люди обращаются по поводу ВИЧ-инфекции. Кроме того, медицинские услуги следует дополнять социальной помощью, консультированием и просвещением. Для многих ПИН успешное лечение невозможно без участия нарколога и психиатра.

**3) Медицинская помощь должна быть гибкой.** Иногда ПИН, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, не могут сразу воспользоваться всесторонней медицинской помощью: одни отказываются верить врачам, другим мешает гнев или чувство вины. Помощь важно предлагать в том объеме, в котором человек способен ее принять — излишнее давление способно отвлечь его от медицинской помощи как таковой. Возможно, сначала следует предложить пациенту самую простую помощь (например, мероприятия по профилактике ОИ), а затем расширять ее, включая все новые услуги вплоть до АРТ. Важнейшую роль в этом процессе играют просвещение и консультирование, которое становится особенно ценным, когда проводится через лиц одного круга.

**4) Медицинская помощь должна распространяться за пределы медицинских учреждений.** Успешные программы, направленные на лечение заболеваний, против которых в обществе бытуют предубеждения (в частности, ВИЧ-инфекции и СПИДа), всегда включают работу с населением. Она особенно важна для программ, обращенных к социально изолированным группам (ПИН и др.). Задача работы с населением — привлечь возможных пациентов к получению медицинской помощи и подкреплять их заинтересованность в ней. Наиболее эффективны программы, которые, работая с определенной группой населения, тесно сотрудничают с общественными организациями, защищающими и представляющими интересы этой группы, и готовят консультантов из числа представителей данного социального круга.

## **1.2. Комплексная медицинская помощь ПИН**

Существует несколько методов организации первичной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, получающим наркологическую помощь.

**Первый метод** — направить пациента в ближайший центр лечения ВИЧ-инфекции. Для ведения дисциплинированных пациентов такой подход, по-видимому, наиболее целесообразен, но для сложных случаев, когда необходимо лечить активных ПИН, избегающих обращаться в медицинские учреждения, он часто неприемлем. Кроме того, ПИН нередко страдают психическими расстройствами, которые затрудняют лечение ВИЧ-инфекции: одним пациентам трудно соблюдать назначения, другие испытывают страх перед медицинскими работниками, или не решаются обращаться за помощью. Добиться эффективности лечения без оказания таким пациентам необходимой психиатрической и наркологической помощи очень сложно, а сотрудники центров лечения ВИЧ-инфекции и учреждений первичной медицинской помощи необходимыми для этого навыками и средствами зачастую не располагают. Тем не менее, при удобном и близком расположении медицинских учреждений разного профиля комплексная медицинская помощь, основанная на направлении пациентов в различные службы, часто вполне эффективна.

**Второй метод** оказания первичной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным ПИН предполагает лечение наркотической зависимости в учреждении первичной медицинской помощи — одновременно с лечением ВИЧ-инфекции. Таким образом, ВИЧ-инфицированные ПИН, обратившиеся в первичное медицинское учреждение по поводу ВИЧ-инфекции, имеют возможность здесь же получать заместительную терапию метадонном или иное наркологическое лечение. Однако данный метод организации комплексной помощи имеет один недостаток: не все учреждения первичной медицинской помощи имеют право проводить заместительную терапию метадонном.

**Третий метод** — предоставление первичной медицинской помощи ПИН в наркологическом учреждении, например, в рамках программы заместительной терапии метадонном. Учреждение, в котором проводится терапия метадонном, может беспрепятственно организовать комплексное медицинское обслуживание, которое не требует от пациента дополнительных визитов. Направленные за первичной медицинской помощью в другие учреждения пациенты часто пренебрегают направлением, а для ВИЧ-инфицированных ПИН именно непрерывная медицинская помощь имеет решающее значение.

## **1.3. Сотрудничество с программами снижения вреда (СВ)**

Многие страны, в которых эпидемия ВИЧ-инфекции распространяется в основном за счет потребления инъекционных наркотиков, уже имеют опыт проведения программ СВ для уязвимых групп населения, в том числе ПИН. Во время проведения программ СВ формируется штат квалифицированных сотрудников (социальных работников, консультантов, специалистов по работе с населением), которые умеют налаживать связи с населением и вызывать к себе доверие, относятся к своим подопечным без предубеждения. Хотя основным направлением программ СВ служит профилактика, некоторым из них удалось расширить сферу своей деятельности. Так, имеются перспективные примеры проведения в рамках программ СВ лабораторных

исследований (С.-Петербург, Россия), мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) (программа СВ среди цыган, употребляющих инъекционные наркотики, в Ужгороде, Украина). Программы СВ играют важнейшую роль в помощи ВИЧ-инфицированным. Им удается привлекать ПИН, поддерживать с ними связь, вызывать у них доверие. В связи с этим программы СВ необходимо включать в планы организации лечения ВИЧ-инфекции среди ПИН, использовать их для привлечения ПИН к тестированию и лечению, восстановления контактов с ПИН, прервавшими лечение ВИЧ-инфекции. Программы СВ могут оказать существенную помощь в проведении различных мероприятий, в частности, в организации приема препаратов под медицинским контролем.

#### **1.4. Просвещение и группы поддержки**

В рамках комплексной программы лечения ВИЧ-инфекции у ПИН необходимо организовывать группы поддержки и просветительские мероприятия. Нередко бывшим потребителям наркотиков лучше, чем кому-либо другому, удается просвещать активных потребителей наркотиков и склонять их обращаться за помощью. Привлечение консультантов из числа бывших потребителей наркотиков уже доказало свою эффективность в ряде программ по улучшению соблюдения режима терапии ВИЧ-инфекции.

#### **1.5. Заместительная терапия метадонем в структуре помощи ВИЧ-инфицированным**

Учреждения, которые имеют или планируют получить право проводить заместительную терапию метадонем, должны организовывать на своей базе лечение ВИЧ-инфекции и выдачу соответствующих препаратов своим пациентам. При таком подходе достигается максимальный уровень контроля над АРТ, необходимый для повышения ее эффективности и сокращения риска появления устойчивых штаммов ВИЧ. Кроме того, территориальное совмещение служб, оказывающих наркологическую помощь и АРТ, облегчает коррекцию лечения, необходимую при взаимодействии метадона и АРВ препаратов (см. Приложение III-А).

## **2. Антиретровирусная терапия**

### **2.1. Общие положения**

Широко распространено мнение, будто АРТ редко применима у ПИН. Сторонники этой точки зрения полагают, что употребление наркотиков и строгое соблюдение режима лечения несовместимы, а заболевания, часто встречающиеся у потребителей наркотиков (в частности, гепатит С), вызывают непереносимость АРВ препаратов. Действительно, с этими проблемами сталкиваются многие пациенты, однако богатый опыт и многочисленные публикации показывают, что при индивидуальном подходе лечение ВИЧ-инфекции у ПИН часто весьма успешно. Ключ к успеху терапии — индивидуальный план лечения, разработанный на основе тщательного обследования и обучения пациента. При таком подходе удастся добиться наибольшей дисциплинированности больных. Ряд видных специалистов считают, что АРТ у ПИН следует начинать только после достаточно длительного воздержания от наркотиков. Следует отметить, что зачастую это не только не обязательно, но и нежелательно, поскольку подрывает доверие потребителей наркотиков к лечению. Хотя по ряду причин АРТ действительно лучше проводить на фоне воздержания от наркотиков, следует учитывать, что многие их потребители воздерживаться не способны, тем более вскоре после известия о наличии у них угрожающего жизни заболевания. Безусловно, воздержанию от наркотиков следует способствовать, но важнее всего донести до сознания ПИН, что мероприятия программ СВ повышают эффективность и наркологического лечения, и АРТ. Если потребитель наркотиков, не способный полностью от них отказаться, посещает в назначенное время медицинское учреждение и соблюдает график приема препаратов, АРТ скорее всего окажется у него эффективной. Наконец, крайне важно в общении с пациентом не допускать осуждения. В таком случае срыв или невоздержание от наркотиков будет восприниматься пациентом только в качестве проблемы, требующей лечения, а не как непоправимая ошибка, которая сводит на нет весь процесс терапии.

### **2.2. Показания к АРТ**

У пациентов, употребляющих психоактивные вещества, используются стандартные клинические и иммунологические показания к ВААРТ.

Своевременность начала АРТ важна при лечении любого пациента, но особое значение она, по-видимому, приобретает при лечении ПИН. Прежде чем назначить АРТ, важно убедиться, что пациент достаточно информирован и действительно заинтересован в лечении, выявить потенциальные препятствия к соблюдению режима терапии и принять меры к их устранению. Если стадия ВИЧ-инфекции позволяет, куда лучше отложить АРТ и соответствующим образом подготовить пациента, чем начинать ее второпях, с

высоким риском неэффективности терапии и развития лекарственной устойчивости ВИЧ. Если программа АРТ для ПИН хорошо организована и обеспечена квалифицированными кадрами, подготовка пациентов к АРТ займет несколько недель. При обнаружении серьезных препятствий к эффективности АРТ необходимо вместе с больным сопоставить плюсы и минусы отсрочки АРТ на время их устранения. Большинство пациентов, будучи должным образом проинформированы, понимают, что АРТ будет гораздо эффективнее после соответствующей подготовки, которая может включать и налаживание образа жизни, и наркологическое или психиатрическое лечение. Центры лечения ВИЧ-инфекции должны заранее предусмотреть средства решения спорных случаев, в их числе могут быть консультации с лицами одного круга, доверенными лицами пациента, вторым врачом.

### **2.3. Подбор схемы АРТ**

Клинические и иммунологические показания к ВААРТ для потребителей наркотиков те же, что и для остальных ВИЧ-инфицированных. Будучи спасительным средством, АРТ должна быть доступной для всех ПИН, которые в ней нуждаются. Лечение этой группы населения сталкивается с особыми трудностями: нестабильный образ жизни пациентов затрудняет соблюдение режима терапии, кроме того приходится учитывать взаимодействия метадона и других веществ с антиретровирусными препаратами. Желательно, чтобы лечение этих пациентов было комплексным и сочетало как АРТ, так и заместительную терапию наркотической зависимости. В этом случае применимы такие методы как прием препаратов в присутствии медицинского работника. Для такой организации лечения наиболее удобны схемы с однократным приемом препаратов в сутки. Число АРВ препаратов, пригодных для однократного приема, постоянно растет, часть из них уже одобрены, некоторые еще проходят испытания. Среди таких препаратов ламивудин, эмтрицитабин, диданозин, тенофовир, абакавир, ифавиренц, саквинавир/ритонавир, лопинавир/ритонавир и атазанавир.

При заместительной терапии метадоном у ПИН, получающих ифавиренц, невирапин или ритонавир, сывороточная концентрация метадона снижается и могут развиваться симптомы опиоидной абстиненции. Пациентов нужно наблюдать, и при появлении симптомов абстиненции повышать дозу метадона. В программах антиретровирусной терапии для ПИН этот момент учитывать очень важно.

### **2.4. Выдача препаратов пациентам**

Особое внимание следует уделить процессу выдачи антиретровирусных препаратов пациентам и организации текущего контроля за ним. Как правило, на начальном этапе пациентам следует выдавать препараты небольшими порциями через малые промежутки времени. У такого подхода есть два преимущества. Во-первых, частые посещения медицинского учреждения с целью получения препарата позволяют своевременно, до возникновения лекарственной устойчивости, выявлять недисциплинированных больных и налаживать режим терапии. Во-вторых, при выдаче препаратов малыми порциями ниже риск формирования лекарственной устойчивости у недисциплинированных больных. Некоторым пациентам, безусловно, полезна система приема препаратов под медицинским контролем, но пока осуществлять ее при АРТ на практике почти невозможно. Применима она станет только при появлении схем АРТ с приемом препаратов один раз в день. Ее клинические испытания целесообразно проводить в наркологических учреждениях. Кроме того, она, вероятно, применима в рамках действующих программ СВ: в пунктах обмена игл и прочих местных пунктах работы с населением.

Другие действенные методы организации выдачи АРВ препаратов:

- выдача препаратов предварительно расфасованными — сначала еженедельно, а затем каждые 2—4 недели;
- выдача одной дозы препарата пять раз в неделю в учреждениях, проводящих заместительную терапию метадоном, с самостоятельным приемом остальных доз;
- еженедельная или более частая выдача препаратов в пунктах обмена игл или в местах проведения других мероприятий программ СВ.

### **2.5. АРТ при заболеваниях печени**

Среди ВИЧ-инфицированных ПИН распространен гепатит С. Кроме того, в этой группе часто встречаются хронический гепатит В и алкогольное поражение печени. На фоне заболеваний печени АРВ препараты чаще проявляют гепатотоксичность, нарушен метаболизм многих препаратов.

Тем не менее, несмотря на свойственную многим АРВ препаратам гепатотоксичность, почти у 90% ВИЧ-инфицированных пациентов (не зависимо от наличия у них вирусных гепатитов) серьезных нарушений функции печени на фоне АРТ не наблюдается.

Среди НИОТ лекарственный гепатит наиболее часто вызывают зидовудин, диданозин и ставудин. Его

проявления — увеличение печени, изменение активности печеночных ферментов, лактацидоз. В меньшей мере эти побочные эффекты вызывают абакавир и ламивудин. К ННИОТ, вызывающим нарушение функции печени, относится ифавиренц, но более опасен в этом отношении невирапин. Легкую форму лекарственного гепатита нередко вызывают ИП. Ритонавир, особенно в полной терапевтической дозе в качестве единственного ИП, обладает наиболее выраженной гепатотоксичностью. Тогда как лекарственный гепатит, вызываемый ННИОТ, развивается в первые недели терапии, гепатотоксические эффекты ИП могут проявиться на любой стадии лечения.

При АРТ необходимо учитывать тяжесть поражения печени. Пациентам с хроническим гепатитом без клинических проявлений печеночноклеточной недостаточности АРВ препараты назначают в обычных дозах, но риск лекарственного гепатита у них повышен. НИОТ и ифавиренц переносятся несколько лучше, чем невирапин и ИП.

Поскольку у пациентов с циррозом и тяжелой печеночной недостаточностью нарушен метаболизм препаратов в печени, на фоне приема НИОТ у них повышен риск лактацидоза. Тем не менее назначать НИОТ в более низких дозах не следует, это допустимо только для зидовудина. Ифавиренц пациентам с печеночной недостаточностью можно принимать в стандартных рекомендуемых дозах, но от назначения им невирапина следует по возможности воздержаться. Подобрать дозы ИП пациентам с печеночной недостаточностью трудно. Желательно ориентироваться на уровень препаратов в крови, а если это невозможно, остается идти по пути проб и ошибок.

### **3. Заместительная терапия метадонном у ВИЧ-инфицированных**

#### **3.1. Коррекция доз АРВ препаратов на фоне терапии метадонном**

Метадон в значительной мере метаболизируется микросомальными ферментами печени. Соответственно, на фоне приема препаратов, вызывающих индукцию этих ферментов (карбамазепина, рифампицина) метаболизм метадона ускорен и необходимо повышать его дозу. Ингибиторы микросомальных ферментов печени, напротив, замедляют метаболизм метадона. Метадон, в свою очередь, замедляет метаболизм зидовудина, и уровень зидовудина в крови возрастает.

Необходимо отметить, что на фоне заместительной терапии метадонном ВИЧ-инфицированным ПИН требуются дополнительные анальгетики для лечения острой или хронической боли — ежедневная доза метадона, вызывая привыкание, боль не купирует.

В результате лекарственных взаимодействий могут произойти изменения уровней как метадона, так и антиретровирусных препаратов. Исследования показали, что невирапин, ифавиренц и ритонавир, вызывая индукцию микросомальных ферментов печени (главным образом СYP3A4), снижают концентрацию метадона в крови и провоцируют у некоторых пациентов клинически выраженный синдром отмены. Обычно он проявляется через 4–8 дней приема нового препарата — возникают озноб, потливость, гусиная кожа, тошнота, диарея, схваткообразные боли в животе, насморк и слезотечение, миалгия, дрожь, тревога. Из-за нарастающего синдрома отмены многие больные снова начинают употреблять героин, перестают верить врачам и отказываются от АРТ. В связи с этим в начале АРТ специалистам по лечению ВИЧ-инфекции и заместительной терапии метадонном очень важно часто и открыто общаться с пациентом. Как правило, сразу существенно повышать дозу метадона не следует, поскольку на деле концентрация метадона в крови часто снижается меньше, чем предполагают теоретически. Больных, получающих метадон, в начале АРТ необходимо часто осматривать, чтобы своевременно выявлять признаки синдрома отмены. При необходимости дозу метадона увеличивают с 8–10 дня терапии — на 10 мг за раз.

В результате взаимодействий с метадонном концентрации АРВ препаратов тоже меняются. На сегодня описано два значимых лекарственных взаимодействия такого рода. Во-первых, на фоне применения метадона примерно на 40% возрастает уровень зидовудина в крови. Тем не менее эмпирически снижать дозу зидовудина не рекомендуется; однако необходимо тщательно отслеживать признаки его побочного действия. Во-вторых, обнаружено, что на фоне применения метадона падает концентрация диданозина в крови — приблизительно на 60%. Это чревато недостаточностью дозы диданозина, а именно недостаточным подавлением репродукции ВИЧ и развитием лекарственной устойчивости. Следует отметить, что эти данные получены в исследованиях диданозина в таблетках, содержащих буферные вещества, при приеме два раза в сутки. Аналогичных данных при использовании диданозина в других лекарственных формах (в порошке и капсулах, покрытых кишечнорастворимой оболочкой) нет. Пока не появятся дополнительные данные, пациентам, принимающим метадон, диданозин в таблетках с добавлением буферных компонентов желательно не назначать.

## **4. Особенности других видов помощи**

### **4.1. Инфекции**

ВИЧ-инфекция у ПИН, как правило, сопровождается частыми инфекциями, в первую очередь кожными инфекциями, пневмонией, инфекционным эндокардитом, сепсисом. Бактериальная пневмония у ПИН, по сравнению с другими ВИЧ-инфицированными, начинается раньше (при числе лимфоцитов CD4 200—400 мкл<sup>-1</sup>) и чаще бывает первым проявлением ВИЧ-инфекции. Отчасти предотвратить ее помогает обычная профилактика пневмоцистной пневмонии (триметопримом-сульфаметоксазолом).

Важное место в программах СВ занимает просвещение, направленное на профилактику инфекции в местах инъекций. Его необходимо проводить и в рамках программ помощи ВИЧ-инфицированным. Кроме того, желательно включать в такие программы профилактику и лечение кожных инфекций и постинъекционных осложнений, поскольку потребность в такой помощи высока, но получить ее ПИН нередко сложно. Программы, включающие указанные виды помощи, будут более привлекательны для ПИН и более эффективны при работе с населением.

### **4.2. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку и планирование семьи**

Неотъемлемой частью комплексной непрерывной медицинской помощи ПИН должны стать услуги по планированию семьи и профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР). Информация о возможностях выбора и о существующих услугах должна предоставляться пациенткам при первом посещении врача.

Консультанты-добровольцы (рожавшие ВИЧ-инфицированные женщины, прошедшие подготовку по предтестовому и послетестовому консультированию и основам ППМР) способны сыграть решающую роль в помощи ВИЧ-инфицированным беременным ПИН. Следуя именно их советам, многие беременные обращаются в службы дородовой помощи, соблюдают режим антиретровирусной ППМР и остаются под наблюдением врачей после родов.

Поскольку большинство женщин, употребляющих инъекционные наркотики, обращаются за медицинской помощью в родах и, таким образом, не получают дородовой помощи, в родильных домах необходимо иметь запас качественных наборов для экспресс-диагностики (утвержденных ВОЗ в 2002 г.) и АРВ препаратов для экстренной ППМР (невирапином). См. также протокол VI («Профилактика ВИЧ-инфекции у детей (ППМР)»)

### **4.3. Лечение хронического гепатита**

Методы лечения хронических гепатитов В и С быстро совершенствуются. При сочетанной инфекции ВИЧ и вирусом гепатита В предлагается использовать препараты, воздействующие на оба вируса, например, ламивудин и тенофовир. В соответствии с современными рекомендациями, при гепатите С следует назначать пэгилированный (конъюгированный с полиэтиленгликолем) альфа-интерферон и рибавирин, однако, результаты лечения невысоки — устойчивый ответ на терапию наблюдается не более чем у трети пациентов. В связи с этим отбор пациентов, которым следует проводить лечение гепатита С, сложен. Прежде всего, необходимо установить тяжесть поражения печени с помощью биопсии. Чрезмерное употребление алкоголя крайне отрицательно сказывается на течении заболеваний печени, поэтому большое значение имеет консультирование и лечение по поводу алкогольной зависимости. Как правило, пациентам, которым показана АРТ, лечение гепатита С можно начинать только после стабилизации состояния с помощью антиретровирусных препаратов. При числе лимфоцитов CD4 свыше 350 мкл<sup>-1</sup>, напротив, начинать следует с лечения гепатита С — это позволит избежать взаимодействия препаратов против гепатита С с АРВ препаратами. Наконец, очень важно выявлять противопоказания к лечению гепатита С, к числу которых относятся психические расстройства. Так, прием интерферона способен усугубить депрессию. На фоне лечения рибавирином усиливаются гематологические нарушения, особенно анемия.

При необходимости одновременной терапии гепатита С и ВИЧ-инфекции следует учесть несколько дополнительных обстоятельств. Из-за потенциального взаимодействия между рибавирином и НИОТ увеличивается вероятность развития лактацидоза. Кроме того, побочные эффекты препаратов, используемых для лечения гепатита С, могут препятствовать стабильности эффекта АРТ.



### Приложение III-А. Взаимодействие метадона и АРВ препаратов

АРВ ПРЕПАРАТ	ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ МЕТАДОНА	ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ АРВ ПРЕПАРАТА	КОММЕНТАРИЙ
<b>НИОТ</b>			
Зидовудин	Нет	↑ AUC на 40%	Тошнота, рвота, астения, головная боль и признаки угнетения кроветворения указывают на передозировку зидовудина, если уровень метадона перед приемом очередной дозы в норме.
Диданозин	Нет	↓ AUC на 60%	Взаимодействие выявлено только при приеме диданозина в таблетках, содержащих буферные компоненты (2 раза в стуки). Предположительно оно обусловлено снижением биодоступности диданозина в результате замедленного пассажа препарата через желудок у пациентов, принимающих метадон. Кроме того, фармакокинетика диданозина существенно различается у разных пациентов. Влияние метадона на уровень диданозина, принимаемого в порошке или капсулах, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, не изучено.
Ставудин	Нет	↓ AUC на 18%	Снижение концентрации ставудина, вероятно, не имеет клинического значения.
Ламивудин	Нет	Нет	Взаимодействия не известны.
Абакавир	↑ выведение на 23%	↓ пикового уровня на 34% ↑ время достижения пикового уровня	Данных мало, риск развития синдрома отмены опиоидов низкий.
<b>ННИОТ</b>			
Невирапин	↓ AUC на 46%, возможен синдром отмены	Неизвестно	По данным клинических исследований, пациентам, длительно принимающим метадон, с началом приема невирапина требовалось увеличивать дозу метадона на 50—100% для лечения синдрома отмены. Признаки синдрома отмены обычно возникали через 4–8 дней приема невирапина.
Ифавиренц	↓ уровня в крови	Неизвестно	См. невирапин.
<b>Ингибиторы протеазы ВИЧ</b>			
Индинавир	Нет	Нет	Данных мало, взаимодействия не выявлены.
Ритонавир	↓ уровня в крови на 35–50%	Нет	Данных мало. Необходимо тщательно отслеживать признаки синдрома отмены метадона.
Саквинавир	Нет	Нет	Данных мало, взаимодействия не выявлены.
Нелфинавир	↓ уровня в крови на 29–47%	Нет данных	В исследованиях, отметивших снижение концентрации метадона, проявления синдрома отмены не регистрировались.
Ампренавир	Неизвестно	Неизвестно	
Лопинавир/ ритонавир	Неизвестно	Неизвестно	Низкие дозы ритонавира способны вызвать синдром отмены метадона.



## IV. Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций

### Основные положения

Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ) являются важнейшими составляющими комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом. Медицинские учреждения, обслуживающие ВИЧ-инфицированных, должны быть оснащены базовым комплектом диагностического оборудования и лекарственными препаратами. Средства на их приобретение должны предоставляться государственными и международными программами финансирования. Профилактика, диагностика и лечение ОИ должны осуществляться на всех уровнях медицинской помощи, в соответствии с возможностями и профилем медицинских учреждений. Качество предоставляемой помощи обеспечивается путем направления пациентов на консультации к специалистам, работающим в различных сферах медицины. Региональные центры профилактики и борьбы со СПИДом, согласно распоряжению Министерства здравоохранения, будут координировать и контролировать совместную работу медицинских учреждений, чтобы оптимизировать оказание медицинской помощи всем нуждающимся в ней ВИЧ-инфицированным.

### 1. Общие принципы

- Профилактика, диагностика и лечение ОИ при распределении финансирования должны рассматриваться наравне с другими составляющими комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.
- Партнерам, например НПО, предлагается налаживать сотрудничество и оказывать поддержку государственной системе здравоохранения. Они должны предоставлять услуги по профилактике, диагностике и лечению ОИ в соответствии с принятыми в стране стандартами.
- **Всем** пациентам с ОИ (включая потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса, заключенных и представителей других групп населения) должна предоставляться возможность лечения. Решение о назначении терапии следует принимать только исходя из медицинских показаний. Никому не должно быть отказано в медицинской помощи по политическим или социальным причинам. Следует прилагать дополнительные усилия по проведению химиопрофилактики ОИ ВИЧ-инфицированным, которым она может принести пользу.
- Лечение любых сопутствующих заболеваний следует проводить независимо от стадии ВИЧ-инфекции. Это касается и проведения потребителям инъекционных наркотиков заместительной терапии метадонном.
- Региональные центры профилактики и борьбы со СПИДом должны контролировать совместную работу медицинских учреждений, чтобы оптимизировать оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

## 2. Первичное обследование

- Каждому пациенту, у которого есть какие-либо клинические проявления ВИЧ-инфекции, должна предоставляться медицинская помощь, основанная на синдромальном подходе (при наличии показаний пациентов следует направлять на тестирование на ВИЧ).
- Если на фоне стандартной терапии первого ряда состояние ВИЧ-инфицированного пациента не улучшается или даже ухудшается, следует проводить дифференциальную диагностику между наиболее распространенными в данной стране ОИ, и назначить соответствующее лечение. Пациентов с ОИ, не включенными в перечень наиболее распространенных, следует направлять в медицинские учреждения следующего уровня.
- ОИ и другие заболевания, связанные с ВИЧ-инфекцией, перечислены в табл. 1.

**Таблица 1. Оппортунистические инфекции и другие заболевания, связанные с ВИЧ-инфекцией**

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ	ГРИБКОВЫЕ ИНФЕКЦИИ	ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ	ПРОТОЗОЙНЫЕ ИНВАЗИИ	ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Туберкулез</li> <li>• Другие бактериальные инфекции органов дыхания</li> <li>• Бактериальные кишечные инфекции</li> <li>• Инфекции, вызываемые атипичными микобактериями</li> <li>• Бактериальный ангиоматоз</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кандидоз</li> <li>• Криптококкоз</li> <li>• Гистоплазмоз</li> <li>• Пневмоцистная пневмония</li> <li>• Кокцидиоидоз</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфекции, вызываемые:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– вирусом простого герпеса;</li> <li>– вирусом герпеса человека 8 типа;</li> <li>– вирусом varicella-zoster;</li> <li>– цитомегаловирусом;</li> <li>– вирусом папилломы человека.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Токсоплазмоз</li> <li>• Криптоспоридиоз</li> <li>• Микроспоридиоз</li> <li>• Изоспориаз</li> <li>• Лейшманиоз</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Саркома Капоши</li> <li>• Неходжкинские лимфомы</li> <li>• Рак шейки матки</li> <li>• Энцефалопатия</li> <li>• Вакулярная миелопатия</li> <li>• Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия</li> </ul>

- В одной из стран СНГ, Украине, наиболее распространены следующие ОИ (данные регулярно обновляются):
  - Туберкулез
  - Другие бактериальные инфекции
  - Пневмоцистная пневмония
  - Герпетические инфекции (в том числе вызываемые вирусом varicella-zoster, цитомегаловирусом, вирусом простого герпеса 1 и 2 типов)
  - Кандидоз
  - Криптококковый менингит
  - Токсоплазмоз.
- В меньшей степени распространены следующие ОИ и злокачественные новообразования (данные регулярно обновляются):
  - Инфекции, вызываемые *Mycobacterium avium-intracellulare*
  - Саркома Капоши.

**Таблица 2. Первичное обследование ВИЧ-инфицированного пациента, нуждающегося в медицинской помощи по поводу ОИ**

ВИД ОБСЛЕДОВАНИЯ	
Сбор анамнеза	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка общего состояния</li> <li>• Жалобы</li> <li>• Сопутствующие заболевания, принимаемые лекарственные препараты</li> <li>• Оценка психического статуса, включая употребление психоактивных веществ</li> <li>• Перенесенные серьезные заболевания (включая туберкулез), госпитализации, хирургические вмешательства; давность установления диагноза ВИЧ-инфекции)</li> </ul>	+
Физикальное исследование	+

Гинекологическое исследование	при необходимости
Лабораторные исследования	
• Общий анализ крови	
– Гемоглобин	+
– Общее число лейкоцитов и лейкоцитарная формула	+
• Анализ мочи	+
• Биохимический анализ крови	
– Показатели функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин)	+
– Креатинин	+
• Тестирование на ВИЧ	если не проводилось
• Число лимфоцитов CD4	если неизвестно
Тест на беременность	при необходимости
Микроскопическое исследование мазка мокроты на КУБ	по показаниям
Рентгенография грудной клетки	по показаниям
Другие исследования	по показаниям

Цель обследования заключается в установлении стадии ВИЧ-инфекции и выявлении сопутствующих заболеваний.

Диагностика отдельных ОИ будет рассмотрена ниже.

### 3. Профилактика и лечение, направление к специалистам и дальнейшее наблюдение

Профилактику и лечение ОИ и других заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией, следует осуществлять в соответствии с приведенными ниже протоколами. В этих протоколах также предложен порядок проведения консультаций специалистов и дальнейшего наблюдения.

**Таблица 3. Профилактика оппортунистических инфекций**

ВОЗБУДИТЕЛЬ	ПОКАЗАНИЯ	ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА	АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СХЕМЫ
<i>Pneumocystis carinii</i>	Число лимфоцитов CD4 < 200 мкл <sup>-1</sup> <i>или</i> кандидоз полости рта и глотки.	Триметоприм/ сульфаметоксазол, 160/800 мг/сут внутрь ежедневно.	Триметоприм/сульфаметоксазол, 80/400 мг/сут внутрь ежедневно, <i>или</i> триметоприм/сульфаметоксазол, 160/800 мг/сут внутрь 3 раза в неделю, <i>или</i> дапсон, 50 мг внутрь 2 раза в сутки <i>или</i> 100 мг 1 раз в сутки.
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Положительная туберкулиновая проба (папула ≥ 5 мм в диаметре) или контакт с большим активным туберкулезом.	Изониазид, 300 мг/сут внутри <i>плюс</i> пиридоксин, 25 мг/сут внутрь, ежедневно в течение 9 месяцев.	Рифампицин, 600 мг/сут внутрь ежедневно в течение 4 месяцев.
<i>Toxoplasma gondii</i>	Число лимфоцитов CD4 < 100 мкл <sup>-1</sup>	Триметоприм/ сульфаметоксазол, 160/800 мг/сут внутрь ежедневно.	Триметоприм/сульфаметоксазол, 80/400 мг/сут внутрь ежедневно, <i>или</i> дапсон, 50 мг/сут внутрь ежедневно, <i>плюс</i> пириметамин, 50 мг внутрь 1 раз в неделю, <i>плюс</i> фолинат кальция, 25 мг внутрь 1 раз в неделю.
<i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>	Число лимфоцитов CD4 < 50 мкл <sup>-1</sup>	Азитромицин, 1200 мг/сут внутри 1 раз в неделю.	Кларитромицин 500 мг внутрь 2 раза в сутки.
<i>Cryptococcus neoformans</i>	Число лимфоцитов CD4 < 50 мкл <sup>-1</sup>	Флуконазол, 100—200 мг/сут внутри ежедневно.	

## 4. Оппортунистические инфекции и другие заболевания, связанные с ВИЧ-инфекцией

### 4.1. Туберкулез

По оценкам ВОЗ в 2001 году в Европе было зарегистрировано 484 000 новых случаев туберкулеза, что составляет 6% от общего числа новых случаев туберкулеза во всем мире. Российская Федерация занимает девятое место в мире по заболеваемости туберкулезом. Показатели заболеваемости туберкулезом в странах Европейского региона в значительной степени различаются, от 5 случаев на 100 тыс. населения в Швеции до 181 случая на 100 тыс. населения в Казахстане. Высокие эпидемические показатели по туберкулезу наблюдаются в странах, которые переживают социально-экономический кризис, в которых выделяется недостаточно средств на здравоохранение, в которых сложилась неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции и полирезистентному туберкулезу, и в которых проводится недостаточная профилактическая работа в группах высокого риска по туберкулезу. Недавно проведенный анализ эпидемиологических данных показал, что в Европе среди заболевших туберкулезом в 2000 году 2,6% составляют ВИЧ-инфицированные. В Российской Федерации доля лиц с положительным ВИЧ-статусом среди заболевших туберкулезом составляет 1%; от туберкулеза умирают 35% больных СПИДом взрослых. В Украине ВИЧ-инфицированные составляют примерно 5% всех больных туберкулезом. Туберкулез является одной из основных причин смертности ВИЧ-инфицированных.

Всех лиц с иммунодефицитом необходимо обследовать на туберкулез. ВИЧ-инфекция представляет собой самый серьезный из известных факторов риска развития активной формы туберкулеза у людей с латентной формой инфекции *Mycobacterium tuberculosis*. ВИЧ-инфекция также повышает вероятность рецидива туберкулеза, либо как следствие эндогенной реактивации возбудителя, либо как следствие реинфекции. Рост заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных повышает риск распространения туберкулеза среди населения в целом. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных обычно развивается при достижении глубокого иммунодефицита, при котором смертность очень высока.

Государственные программы борьбы с туберкулезом должны организовывать лечение туберкулеза в соответствии со стратегией ВОЗ, согласно которой прием противотуберкулезных препаратов пациентом должен происходить в присутствии медицинского работника. Эта стратегия рекомендована ВОЗ для применения во всех странах мира для всех больных туберкулезом, не зависимо от их ВИЧ-статуса.

#### ДИАГНОСТИКА

По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции уменьшается число лимфоцитов CD4 и ослабевает их функция. При этом снижается способность иммунной системы сдерживать рост и распространение *Mycobacterium tuberculosis*. У ВИЧ-инфицированных чаще наблюдаются диссеминированные и внелегочные формы туберкулеза. Если пациент выделяет мокроту, необходимо исследовать ее на кислотоустойчивые бактерии (КУБ). Диагноз латентной формы туберкулеза устанавливается на основании положительной туберкулиновой пробы в отсутствие клинических или рентгенологических симптомов туберкулеза. Все пациенты, у которых заподозрен туберкулез, должны быть осмотрены фтизиатром и при необходимости направлены на лечение в туберкулезный диспансер.

#### 4.1.1. Туберкулез легких у взрослых

Туберкулез легких — наиболее распространенная форма туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. Клиническая картина зависит от степени иммунодефицита. В табл. 4 показано, что на ранних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции клинические проявления туберкулеза, результаты микроскопического исследования мокроты и изменения на рентгенограмме грудной клетки часто имеют свои особенности.

**Таблица 4. Особенности туберкулеза легких на ранних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА	СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	
	РАННИЕ	ПОЗДНИЕ
Клиническая картина	Часто напоминает вторичный туберкулез	Часто напоминает первичный туберкулез
Результат микроскопии мазка мокроты	Часто положительный	Часто отрицательный
Изменения на рентгенограмме грудной клетки	Часто каверны (патологические изменения могут отсутствовать)	Часто инфильтраты без образования каверн (патологические изменения могут отсутствовать)

Число ВИЧ-инфицированных с туберкулезом легких, у которых в мазке мокроты не обнаруживаются микобактерии, возрастает. Широко доступного метода, который служил бы эталоном для диагностики туберкулеза легких при отрицательном результате микроскопии, не существует. Нередко бывает трудно провести дифференциальную диагностику между туберкулезом и другими заболеваниями легких, развивающимися на фоне ВИЧ-инфекции. Поэтому неясно, насколько часто происходит гипердиагностика туберкулеза легких при отрицательных результатах микроскопии мокроты. Для того чтобы диагностика была как можно более точной, очень важно строго следовать рекомендациям по диагностике туберкулеза и обеспечить хороший контроль качества проведения микроскопического исследования мазков мокроты.

#### 4.1.2. Внелегочный туберкулез у взрослых

К наиболее распространенным формам внелегочного туберкулеза у взрослых относятся туберкулезный экссудативный плеврит, туберкулез лимфатических узлов, туберкулезный перикардит, туберкулезный менингит, а также гематогенно-диссеминированный (милиарный) туберкулез.

##### ЛЕЧЕНИЕ

См. таблицу 7 "Лечение туберкулеза у ВИЧ инфицированных" на стр. 30.

#### 4.1.3. Туберкулез у детей

У детей наиболее часто встречается внелегочный туберкулез (чаще всего туберкулез внутригрудных лимфоузлов). При туберкулезе легких результат микроскопии мазка мокроты обычно отрицательный. Как и у взрослых, клиническое течение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей зависит от стадии ВИЧ-инфекции. У детей на ранней стадии ВИЧ-инфекции, когда функция иммунной системы сохранена, туберкулез протекает так же, как и у детей, не инфицированных ВИЧ. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции и снижения иммунитета повышается риск развития диссеминированных форм туберкулеза; развиваются туберкулезный менингит, милиарный туберкулез и генерализованный туберкулезный лимфаденит. Возможности диагностики туберкулеза у детей, и в особенности у ВИЧ-инфицированных, ограничены. В отсутствие доступа к современным диагностическим методам туберкулез у детей диагностируется на основании результатов тщательного физикального исследования и оценки динамики физического развития, изменений на рентгенограммах грудной клетки, результатов туберкулиновых проб и семейного анамнеза по туберкулезу.

##### ЛЕЧЕНИЕ

Лечение туберкулеза проводит фтизиатр в соответствии с принятыми в стране рекомендациями.

Наиболее эффективное лечение туберкулеза, независимо от ВИЧ-статуса больного, основано на стандартных противотуберкулезных схемах, рекомендованных ВОЗ. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных хорошо поддается стандартной противотуберкулезной терапии, однако смертность от туберкулеза у ВИЧ-инфицированных выше, чем в других группах больных.

Для всех больных туберкулезом, независимо от их ВИЧ-статуса, используются одинаковые диагностические критерии, которые позволяют определить категорию заболевания. Так, ВИЧ-инфицированному, впервые заболевшему туберкулезом, проводится противотуберкулезное лечение по схеме для I категории, если у него туберкулез легких с положительным результатом микроскопии мазка мокроты, туберкулез легких с отрицательным результатом микроскопии мазка мокроты и обширным поражением легочной паренхимы или тяжелая форма внелегочного туберкулеза. Схема лечения туберкулеза должна обязательно включать рифампицин. У ВИЧ-инфицированных повышен риск развития побочных эффектов многих противотуберкулезных препаратов.

##### ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ИЗОНИАЗИДОМ

Химиопрофилактика изониазидом снижает риск обострения туберкулеза и риск реактивации латентной микобактериальной инфекции. Перед началом химиопрофилактики изониазидом необходимо исключить активный туберкулез. Химиопрофилактику изониазидом рекомендуется назначать ВИЧ-инфицированным с положительной туберкулиновой пробой (папула  $\geq 5$  мм в диаметре) или находившимся в контакте с больным активной формой туберкулеза. Назначают изониазид, 5 мг/кг/сут (обычно 300 мг/сут) в сочетании с пиридоксином, 25 мг/сут, ежедневно в течение 9 месяцев. Альтернативную схему химиопрофилактики рифампицином применять не рекомендуется.

## 4.2. Инфекции органов дыхания

Легочные инфекции занимают первое место среди рецидивирующих инфекционных заболеваний у ВИЧ-инфицированных и нередко представляют угрозу для жизни больного. В зависимости от этиологии они могут быть бактериальными, вирусными и грибковыми.

На ранних стадиях ВИЧ-инфекции могут развиваться бактериальные пневмонии, которые хорошо

поддаются лечению антибиотиками. ВИЧ-инфицированные особенно подвержены инфекциям, вызываемым инкапсулированными бактериями, такими как *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Позже, при появлении иммунодефицита, у ВИЧ-инфицированных развиваются оппортунистические инфекции легких, из которых наиболее значимую проблему представляет легочный туберкулез. По мере снижения клеточного иммунитета у ВИЧ-инфицированных могут развиваться угрожающие жизни оппортунистические инфекции, в том числе пневмоцистная пневмония, тяжелые грибковые и вирусные пневмонии. В табл. 5 перечислены заболевания легких, осложняющие течение ВИЧ-инфекции.

**Таблица 5. Заболевания легких у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом**

<p><b>Бактериальные инфекции:</b>  Пневмонии, вызванные:  <i>Streptococcus pneumoniae</i>  <i>Haemophilus influenzae</i>  <i>Klebsiella</i> spp.  <i>Staphylococcus</i> spp.  <i>Mycobacterium tuberculosis</i>  <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i></p> <p><b>Осложнения:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Абсцесс легкого</li> <li>– Эмпиема плевры</li> <li>– Плевральный выпот</li> <li>– Перикардиальный выпот</li> <li>– Пневмоторакс</li> </ul>	<p><b>Вирусные инфекции:</b>  Цитомегаловирусная инфекция  Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса</p> <p><b>Осложнения:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Лимфоидный интерстициальный пневмонит</li> </ul> <p><b>Грибковые инфекции:</b>  Пневмоцистная пневмония  Криптококкоз  Гистоплазмоз  Аспергиллез</p> <p><b>Другие заболевания:</b>  Саркома Капоши  Лимфома</p>
--	--

#### 4.2.1. Бактериальные пневмонии

Бактериальные пневмонии широко распространены. У ВИЧ-инфицированных на фоне иммунодефицита они развиваются чаще и протекают тяжелее. Чаще всего пневмонию вызывает *Streptococcus pneumoniae*. Другие возбудители бактериальных пневмоний у ВИЧ-инфицированных перечислены в табл. 5. Клинические проявления пневмонии включают кашель, лихорадку, нередко боль в груди, одышку и тахипноэ. На рентгенограмме грудной клетки могут обнаруживаться классические признаки долевой пневмонии или бронхопневмонии, атипичные изменения или отсутствие изменений.

##### ДИАГНОСТИКА

Диагноз пневмонии обычно устанавливается на основании клинической картины и изменений на рентгенограмме грудной клетки. На рентгенограммах могут обнаруживаться долевое затемнение, очаговые тени, диффузные затемнения легочной паренхимы или атипичные изменения, включая формирование полостей.

##### ЛЕЧЕНИЕ

Если состояние пациента средней тяжести, то лечение можно проводить дома, по схемам, приведенным в табл. 6 и 7.

**Таблица 6. Лечение пневмонии: схемы первого ряда**

АНТИБИОТИК	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
Амоксициллин (если есть вероятность резистентности к пенициллину или ампициллину назначить амоксициллин/клавуланат)	500—1000 мг	каждые 8 ч	внутрь	7 дней*
<i>или</i>				
Эритромицин	500 мг	каждые 6 ч	внутрь	7 дней*
<i>или</i>				
Кларитромицин	500 мг	каждые 12 ч	внутрь	7 дней*
<i>или</i>				
Доксициклин	100 мг	каждые 12 ч	внутрь	7 дней*

\* Если на фоне лечения по схеме первого ряда в течение 72 часов состояние больного не улучшается, его следует госпитализировать и назначить схему второго ряда (табл. 7), и при необходимости, ингаляции кислорода.

**Больных в тяжелом состоянии следует госпитализировать немедленно.**



**Таблица 7. Лечение пневмонии: схемы второго ряда**

АНТИБИОТИК	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
Цефтриаксон <i>плюс</i> эритромицин	2 г  500 мг	1 раз в сутки  каждые 6 ч	  в/в	  7 дней
<i>или</i>				
Ампициллин/сульбактам <i>плюс</i> эритромицин	1500 мг  500 мг	каждые 8 ч  каждые 6 ч	  в/в	  7 дней
<i>или</i>				
Хлорамфеникол (только в случае отсутствия остальных препаратов)	12,5 мг/кг в пересчете на основание	каждые 6 ч	в/в	7 дней

**Примечание.** Если на фоне лечения состояние не улучшается, следует заподозрить пневмоцистную пневмонию или туберкулез.

#### 4.2.2. Пневмоцистная пневмония

Пневмоцистная пневмония — распространенная оппортунистическая инфекция у ВИЧ-инфицированных. Возбудитель пневмоцистной пневмонии — гриб *Pneumocystis jirovecii* (прежнее название *Pneumocystis carinii*). Типичными клиническими проявлениями служат кашель, одышка и лихорадка. Иногда пневмоцистная пневмония протекает без легочных проявлений. Часто наблюдаются признаки дыхательной недостаточности, в частности одышка и цианоз. Течение заболевания может быть очень тяжелым, и если своевременно не будет назначено эффективное лечение, пневмоцистная пневмония может привести к смерти.

##### ДИАГНОСТИКА

Диагноз обычно ставят на основании клинической картины, когда у лихорадящего ВИЧ-инфицированного пациента развиваются дыхательные нарушения, в том числе цианоз. Наиболее характерна одышка в сочетании с минимальными изменениями (или их отсутствием) при физикальном исследовании грудной клетки, также возможен сухой кашель. Классический рентгенологический признак пневмоцистной пневмонии — облаковидное снижение прозрачности в нижних отделах обоих легких — выявляется не у всех больных. Могут обнаруживаться очаговые тени в обоих легких, напоминающие картину бактериальной пневмонии или туберкулеза. У значительной части больных с подтвержденной пневмоцистной пневмонией рентгенологические изменения отсутствуют. Диагноз подтверждается при обнаружении цист возбудителя в мокроте или жидкости, полученной при бронхоальвеолярном лаваже. Если бронхоскопию выполнить невозможно, то диагностическим критерием пневмоцистной пневмонии служит снижение функции внешнего дыхания — в этом случае лечение следует начинать немедленно.

##### ЛЕЧЕНИЕ

Лечение пневмоцистной пневмонии проводится в стационаре. Может потребоваться поддерживающая терапия, включая инфузионную терапию и ингаляции кислорода. Схемы медикаментозного лечения приведены в табл. 8.

Таблица 8. Лечение пневмоцистной пневмонии

АНТИМИКРОБНЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схема первого ряда</b>				
Триметоприм /сульфаметоксазол	320/1600 мг	каждые 6 часов	внутрь или в/в	21 день
<b>Схемы второго ряда</b>				
Клиндамицин <i>плюс</i> примахин	600 мг	каждые 8 часов	внутрь или в/в	21 день
	15—30 мг	1 раз в сутки	внутрь	
<i>или</i>				
Пентамидин	4 мг/кг/сут в/в в течение 14 сут, затем снизить дозу до 2 мг/кг/сут	1 раз в сутки	в/в	21 день

Больным в тяжелом состоянии назначают преднизолон, 80 мг/сут внутрь, курсом на 2 недели.

#### ВТОРИЧНАЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКА

После успешного лечения пневмоцистной пневмонии ВИЧ-инфицированному пациенту необходимо пожизненно принимать триметоприм/сульфаметоксазол в дозе 160/800 мг внутрь 1 раз в сутки с целью вторичной профилактики. Профилактический прием препарата можно прекратить, если число лимфоцитов CD4 стабильно превышает 200 мкл<sup>-1</sup> в течение 3 и более месяцев.

### 4.2.3. Пневмонии другой этиологии у больных с иммунодефицитом

Пневмонии могут быть также иной грибковой и вирусной этиологии. В этих случаях бывает очень трудно поставить точный диагноз, не прибегая к сложным лабораторным исследованиям; такие пневмонии с трудом поддаются лечению. К вирусам, вызывающим пневмонию, относятся вирус простого герпеса, вирус varicella-zoster и цитомегаловирус. Грибковые пневмонии, помимо *Pneumocystis jiroveci* (*Pneumocystis carinii*), вызывают также *Histoplasma capsulatum*, *Cryptococcus neoformans* и *Aspergillus spp.* Однако необходимо помнить, что в странах СНГ чаще всего у ВИЧ-инфицированных с иммунодефицитом встречается туберкулез.

#### ДИАГНОСТИКА

У пациентов с пневмонией, не поддающейся стандартному лечению, следует заподозрить туберкулез и пневмонию вирусной, грибковой или протозойной этиологии. Однако для того, чтобы идентифицировать возбудителя, требуются сложные лабораторные исследования.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Лечение зависит от этиологии заболевания.

### 4.2.4. Инфекции, вызванные атипичными микобактериями

Инфекции, вызванные *Mycobacterium avium-intracellulare*, встречаются реже, чем некоторые другие ОИ. Клинические проявления включают лихорадку, ночные поты, диарею, похудание и кахексию. Микобактерии можно обнаружить в крови и кале больного.

#### ДИАГНОСТИКА

Посев крови на специальные среды служит основным методом диагностики инфекций, вызванных *Mycobacterium avium-intracellulare*. У большинства больных с клиническими проявлениями инфекции интенсивность микобактериемии такова, что возбудитель обнаруживается в большинстве или во всех посевах крови. Поскольку при диссеминированной инфекции часто поражаются печень и костный мозг, микобактерии можно обнаружить в окрашенных на КУБ препаратах, приготовленных из биоптатов этих органов. Постановка предварительного диагноза путем микроскопического исследования биоптата печени позволяет быстрее начать лечение.

## ЛЕЧЕНИЕ

Таблица 9. Лечение инфекций, вызванных атипичными микобактериями

АНТИБИОТИК	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Препараты первого ряда</b>				
Кларитромицин	500—1000 мг	2 раза в сутки	внутрь	пожизненно
<i>плюс</i>				
Этамбутол	15 мг/кг	1 раз в сутки	внутрь	пожизненно
<i>плюс</i>				
Рифабутин	300—600 мг	1 раз в сутки	внутрь	пожизненно
<b>Другие препараты, действующие на атипичных микобактерий</b>				
Азитромицин	600 мг	1 раз в сутки	внутрь	До исчезновения симптомов (обычно требуется месяц лечения), затем перейти на профилактический прием препарата в половинной дозе
Ципрофлоксацин	500 мг	2 раза в сутки	внутрь	
Амикацин	7,5 мг	2 раза в сутки	в/в	
	Или 15 мг/кг	1 раз в сутки	в/в	

## 4.3. Желудочно-кишечные инфекции

Поражение ЖКТ у ВИЧ-инфицированных может быть как непосредственным проявлением ВИЧ-инфекции, так и иметь бактериальную, вирусную, грибковую или паразитарную природу. Некоторые желудочно-кишечные расстройства обусловлены нарушениями всасывания вследствие атрофии кишечных ворсинок. Наиболее часто развивается диарея, которая может быть острой, хронической или хронической с обострениями. У больных СПИДом диарея персистирующая или хроническая. Диарею называют хронической, если у больного жидкий стул 3 и более раз в сутки в течение 14 дней и более. Стул с примесью крови бывает при дизентерии или кишечном амебиазе.

У ВИЧ-инфицированных часто наблюдаются также такие симптомы поражения ЖКТ, как потеря аппетита, тошнота и рвота, прогрессирующая потеря веса.

Диарея нередко приводит к смерти больных ВИЧ-инфекцией. Острая диарея без лечения приводит к обезвоживанию организма, а хроническая или персистирующая диарея приводит к нарушениям всасывания и истощению и способствует развитию вторичных системных инфекций. Все эти последствия диареи часто оказываются смертельными.

Наиболее распространенные у ВИЧ-инфицированных желудочно-кишечные инфекции и рекомендации по их лечению приведены в табл. 10.

Таблица 10. Желудочно-кишечные инфекции, распространенные у ВИЧ-инфицированных

ЗАБОЛЕВАНИЕ	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	ЛЕЧЕНИЕ
Сальмонеллез (кроме <i>Salmonella typhi</i> и <i>paratyphi</i> )	Лихорадка, боль в животе, диарея (может быть примесь крови в стуле), похудание, потеря аппетита, гепатоспленомегалия. Диагностика — посев крови или кала.	Ципрофлоксацин, 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение более 2 недель, затем поддерживающая терапия в течение нескольких месяцев.
Дизентерия (шигеллез)	Лихорадка, боль в животе, жидкий стул с примесью крови. Диагностика — посев крови или кала.	Ципрофлоксацин, 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 суток, <i>или</i> налидиксовая кислота, 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 5 сут, <i>или</i> триметоприм/сульфаметоксазол, 160/800 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 сут.
Криптоспоридиоз	Водянистый частый стул, потеря аппетита, отсутствие лихорадки. Диагностика — микроскопическое исследование кала.	Паромомицин, 1 г внутрь 2 раза в сутки <i>плюс</i> азитромицин, 600 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 4 недель; затем только паромомицин в течение 8 недель.
Микроспоридиоз	Водянистый частый стул, потеря аппетита, отсутствие лихорадки. Диагностика — микроскопическое исследование кала.	Альбендазол, 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 4 недель <i>или</i> мебендазол 500 мг внутрь 3 раза в сутки. (Эффективность альбендазола установлена только в отношении <i>Septata intestinalis</i> — 10-20% случаев микроспоридиоза).

### 4.3.1. Хроническая диарея у взрослых

Хроническая диарея у взрослых диагностируется при наличии жалоб на частый жидкий стул на протяжении более 2 недель. На фоне хронической диареи у пациентов могут развиваться также эпизоды острой диареи. Если нет дизентерии, то примесь крови в кале наблюдается редко. У больных обычно плохой аппетит, они теряют в весе. При осмотре выявляются признаки обезвоживания, анемии и истощения. У взрослых с хронической диареей часто наблюдаются дистрофические изменения кожи и волос, губы становятся бледными, а ногти темнеют. Нередко хроническая диарея сочетается с кандидозом полости рта, волосатой лейкоплакией рта и увеличением лимфатических узлов.

При лечении пациентов с хронической диареей большое значение имеет оценка степени обезвоживания. Признаки обезвоживания приведены в табл.11.

**Таблица 11. Клиническая оценка степени обезвоживания у взрослых**

КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ	ОБЕЗВОЖИВАНИЕ		
	ЛЕГКОЕ	УМЕРЕННОЕ	ТЯЖЕЛОЕ
Общее состояние	Слабость	Слабость	Беспокойство, возбуждение, холодный пот, периферический цианоз
Пульс	Норма	Немного учащен	Частый, слабый
Дыхание	Норма	Норма	Глубокое и частое
Тургор кожи	Норма	Кожная складка расправляется медленно	Кожная складка расправляется очень медленно
Глаза	Норма	Запавшие	Сильно запавшие
Слизистые оболочки	Недостаточно влажные	Сухие	Очень сухие
Диурез	Нормальный; темная моча	Олигурия; темная моча	Анурия; пустой мочевого пузыря

Рекомендации по лечению хронической диареи даны в табл. 12.

**Таблица 12. Лечение диареи**

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Диарея	<ul style="list-style-type: none"> <li>Увеличить прием жидкости для профилактики обезвоживания.</li> <li>При тяжелой диарее назначить раствор для пероральной регидратации.</li> <li>Назначить лечебное питание.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Давать обильное питье для возмещения потерь воды.</li> <li>Увеличить частоту приема пищи, кормить маленькими порциями.</li> </ul> <p><i>Уход за кожей перианальной области:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>После каждого акта дефекации протирать кожу туалетной бумагой или мягкой тканью.</li> <li>Обмывать перианальную область 3 раза в день водой с мылом.</li> <li>При болезненной дефекации смазывать перианальную область вазелином.</li> </ul> <p><i>Обратиться к врачу, если у больного:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Рвота и лихорадка.</li> <li>Стул с примесью крови.</li> <li>Диарея продолжается более 5 суток.</li> <li>Нарастает слабость.</li> <li>Повреждения кожи вокруг заднего прохода.</li> </ul>
Диарея, если нет лихорадки, примеси крови в стуле, и больной старше 5 лет и не достиг пожилого возраста.	Противодиарейные средства: <b>лоперамид:</b> начальная доза 4 мг внутрь, затем 2 мг внутрь после каждого акта дефекации или <b>кодеин</b> или <b>морфин</b> (если официально разрешены).	
Болезненность перианальной области	Мазь с анестетиком или вазелин для смазывания кожи	
Недержание кала	Вазелин для защиты кожи перианальной области	

### 4.4. Кандидоз

Кандидоз вызывает гриб *Candida albicans*. Этот микроорганизм входит в состав нормальной микрофлоры полости рта, влагалища и толстой кишки и обычно не вызывает никаких симптомов. *Candida albicans* обнаруживается в микрофлоре влагалища примерно у трети здоровых женщин.

К наиболее распространенным формам кандидоза относятся кандидозный вульвовагинит и кандидоз

полости рта. Кандидозный вульвовагинит может проявляться выделениями из влагалища и зудом вульвы и влагалища. У мужчин кандидоз половых органов протекает как баланит или баланопостит, при этом появляются жалобы на выделения из полости крайней плоти и зуд полового члена и крайней плоти. Кандидоз полости рта проявляется воспалением слизистой оболочки и появлением на ее поверхности белых бляшек. Для кандидоза кожи характерны покраснение, мокнутие и зуд пораженных участков. При усугублении иммунодефицита кандидоз полости рта может распространиться на пищевод, в редких случаях развивается поражение бронхов и диссеминированный кандидоз. Кандидоз — это частое осложнение иммунодефицита любого происхождения.

#### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Кандидоз полости рта включает поражение слизистой оболочки щек, языка, ротоглотки, десен, твердого и мягкого неба. Больные могут не предъявлять никаких жалоб, либо жаловаться на жжение во время приема пищи. Некоторые больные жалуются на белый налет во рту. Когда кандидоз распространяется на пищевод, могут появиться жалобы на боль при глотании, боль за грудиной и повышенное слюноотделение. В рамке 1 перечислены различные клинические состояния, при которых часто развивается кандидоз.

<b>Рамка 1.</b>
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ КАНДИДОЗ</b>
= Беременность и прием пероральных контрацептивов.
= Период новорожденности, особенно у недоношенных детей.
= Длительный прием антибиотиков широкого спектра действия.
= Системное применение глюкокортикоидов.
= Сахарный диабет.
= Врожденный или приобретенный иммунодефицит.
= Тяжелое хроническое заболевание.
= Истощение, кахексия.
= Онкологическое заболевание, химиотерапия или лучевая терапия.

При осмотре ротовой полости обнаруживается красная, воспаленная слизистая оболочка с белыми налетами в виде бляшек. Воспаление может затрагивать небо, глотку, десны, язык и слизистую щек. При поражении языка он становится гладким, красным, сосочки сглаживаются. Кандидоз следует отличать от белого налета из частиц пищи, который часто образуется у людей, плохо соблюдающих гигиену полости рта. Такой налет легко удаляется шпателем, в то время как кандидозный налет спаян со слизистой и соскабливается с трудом.

Кандидоз полости рта и глотки развивается у всех ВИЧ-инфицированных по крайней мере один раз. Он не угрожает жизни, но вызывает боль, в том числе при глотании, что нарушает питание больных. Кандидозный эзофагит проявляется затруднением глотания и болью в груди, которая усиливается при глотании. Клиническими проявлениями диссеминированного кандидоза служат лихорадка, а также симптомы со стороны пораженных органов (например, при поражении глаз возможна слепота).

#### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КАНДИДОЗА

1. Характерный вид очагов поражения
2. Отсутствие общих симптомов
3. Резистентность к антибактериальной терапии или ухудшение на ее фоне
4. Результаты эзофагоскопии

#### ДИАГНОСТИКА

Кандидоз полости рта и глотки диагностируется по клинической картине. Диагноз подтверждается при осмотре очагов поражения с последующим микроскопическим исследованием материала, полученного с помощью соскоба с пораженных участков. Диагноз кандидоза других локализаций ставится на основе гистологического исследования биоптатов.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Лечение кандидоза полости рта и кандидозного вульвовагинита начинают с относительно недорогих противогрибковых препаратов для местного применения, например нистатина, миконазола, клотримазола. При диссеминированном кандидозе, а также при неэффективности местного лечения назначают системную противогрибковую терапию кетоконазолом, флуконазолом, итраконазолом или амфотерицином В. Рекомендации по лечению кандидоза приведены в табл. 13—15.

Таблица 13. Лечение кандидоза полости рта

ПРОТИВОГРИБКОВЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схемы лечения первого ряда</b>				
Миконазол	таблетки для рассасывания	1 раз в сутки	местно	7 дней
<i>или</i>				
Флуконазол	100 мг	2 раза в сутки	внутрь	7 дней
<b>Схемы лечения второго ряда</b>				
Кетоконазол	200—400 мг	1 раз в сутки	внутрь	7 дней
<i>или</i>				
Амфотерицин В	0,3—0,5 мг/кг/сут, максимальная доза 50 мг/сут	1 раз в сутки	в/в инфузия в течение 2-6 ч	7 дней

Таблица 14. Лечение кандидозного вульвовагинита

ПРОТИВОГРИБКОВЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схемы первого ряда</b>				
Флуконазол	100 мг	однократно	внутрь	однократно
Клотримазол	500 мг	однократно	интравагинально	однократно
<b>Схемы второго ряда</b>				
Кетоконазол	200 мг	2 раза в сутки	внутрь	3 дня
Кетоконазол	200 мг	1 раз в сутки	внутрь	7 дней
<b>Поддерживающая терапия при рецидивирующем кандидозе</b>				
Нистатин	2000—4000 мг	2 раза в сутки	внутрь	10 дней
<i>или</i>				
Флуконазол	50—200 мг	1 раз в сутки	внутрь	ежедневно
<b>Схемы второго ряда</b>				
Кетоконазол	200 мг	1 раз в сутки	внутрь	
Амфотерицин В	0,1 мг/кг/сут	2 раза в сутки	в/в	
Итраконазол	100 мг	1 раз в сутки	внутрь	

Таблица 15. Лечение кандидозного эзофагита и диссеминированного кандидоза

ПРОТИВОГРИБКОВЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схемы первого ряда</b>				
Кетоконазол	200—400 мг	2 раза в сутки	внутрь	21 день
<i>или</i>				
Флуконазол (эффективнее кетоконазола)	200—400 мг	1 раз в сутки	внутрь или в/в	14—21 день
<i>затем</i>				
Флуконазол	50 мг	1 раз в сутки	внутрь	
<b>Схемы второго ряда</b>				
Амфотерицин В	0,3—0,5 мг/кг	1 раз в сутки	в/в	10—14 дней
Затем поддерживающая терапия кетоконазолом, флуконазолом или итраконазолом в течение 2—3 недель				
<i>или</i>				
Итраконазол	200—400 мг	1 раз в сутки	внутрь	2—3 недели

Пациентам, прошедшим курс лечения кандидозного эзофагита, может потребоваться длительная поддерживающая терапия флуконазолом, 100 мг/сут внутрь ежедневно, или итраконазолом, 100 мг/сут внутрь ежедневно, или кетоконазолом, 200 мг/сут внутрь ежедневно. Если проводимое лечение неэффективно, то следует заподозрить вирусный (цитомегаловирусный, герпетический) эзофагит и направить пациента на эзофагоскопию.

## 4.5. Криптококковый менингит

От криптококкоза и других системных микозов умирают до 10% ВИЧ-инфицированных во всем мире. Криптококкоз чаще протекает в форме менингита, реже развиваются пневмония и диссеминированная инфекция. Криптококковый менингит — самый частый системный микоз у ВИЧ-инфицированных. Клинические проявления включают головную боль, лихорадку, ригидность затылочных мышц, поражения черепных нервов, нарушения сознания вплоть до комы. Однако симптомы менингита, в том числе лихорадка и ригидность затылочных мышц, часто отсутствуют. Без лечения продолжительность жизни больных составляет менее месяца.

### ДИАГНОСТИКА

Поставить диагноз криптококкоза относительно легко. Цереброспинальную жидкость центрифугируют, полученный осадок исследуют под микроскопом после добавления капли туши. В препарате выявляются дрожжевые клетки, покрытые толстой капсулой. Другие методы диагностики — это выделение культуры криптококка из ЦСЖ и исследование плазмы или ЦСЖ на криптококковый антиген.

### ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендации по лечению криптококкового менингита приведены в табл.16.

Таблица 16. Лечение криптококкового менингита

ПРОТИВОГРИБКОВЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схемы первого ряда</b>				
Амфотерицин В <i>плюс</i> фторцитозин	0,7—1,0 мг/кг  100 мг/кг/сут	1 раз в сутки	в/в  внутри	14 дней
<i>затем</i>				
Флуконазол	400 мг	1 раз в сутки	внутри	не менее 10 недель
<i>затем</i>				
Флуконазол	200—400 мг	1 раз в сутки	внутри	пожизненно
<b>Схемы второго ряда</b>				
Амфотерицин В <i>плюс</i> фторцитозин	0,7—1,0 мг/кг  100 мг/кг	1 раз в сутки	в/в  внутри	6—10 недель
<i>или</i>				
Амфотерицин В	0,7—1,0 мг/кг	1 раз в сутки	в/в	6—10 недель
<i>или</i>				
Флуконазол	400—800 мг	1 раз в сутки	внутри	10—12 недель
<i>затем</i>				
Флуконазол	200—400 мг	1 раз в сутки	внутри	пожизненно

### ВТОРИЧНАЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКА

Необходимо проводить пожизненную вторичную химиопрофилактику криптококкоза. С этой целью назначают флуконазол, 200—400 мг/сут внутри ежедневно, или итраконазол, 200 мг/сут внутри ежедневно.

## 4.6. Поражения полости рта

Помимо кандидоза (см. выше), у ВИЧ-инфицированных часто наблюдаются и другие поражения полости рта. Некоторые из них приведены в табл. 17.

Таблица 17. Наиболее частые поражения полости рта у ВИЧ-инфицированных

ЗАБОЛЕВАНИЕ	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	ЛЕЧЕНИЕ
<b>Гингивит</b>	Воспаление десен. Проявляется гиперемией, отеком и кровоточивостью десен.	Метронидазол, 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 сут, <i>или</i> эритромицин, 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 сут.
<b>Пиорея</b>	Скопление гноя в зубодесневых карманах.	Гигиена полости рта: полоскание рта теплой подсоленной водой после каждого приема пищи и чистка зубов 2 раза в день.
<b>Периодонтит</b>	Характеризуется быстрым болезненным разрушением костной и мягких тканей, окружающих зубы. Зубы расшатываются и выпадают, десны кровоточат. Возможны изъязвления.	Санация очагов инфекции, полоскание рта раствором хлоргексидина. Также назначают амоксициллин, 500 мг внутрь 3 раза в сутки, <i>или</i> метронидазол, 200 мг внутрь 3 раза в сутки, в течение 5 сут.
<b>Афты</b>	Болезненные язвы с ровными краями на поверхности слизистой. Обычно покрыты гнойным экссудатом и кровоточат при прикосновении.	Гигиена полости рта и глюкокортикоиды местно.
<b>Стоматит</b>	Воспаление слизистой рта. Часто развивается при плохой гигиене полости рта; может быть вызван анаэробами.	Гигиена полости рта: полоскание рта подсоленной водой после еды и чистка зубов 2 раза в день.
<b>Хейлит</b>	Воспаление и покраснение губ, сменяющееся их бледностью; часто наблюдается у лиц с выраженным иммунодефицитом.	Специфического лечения нет. Назначают витамины А, В и С и рекомендуют соблюдать гигиену полости рта.
<b>Вторичный сифилис</b>	Сифилиды на слизистой щек (влажные папулы и язвы, напоминающие след улитки) и широкие кондиломы в углах рта и вокруг ноздрей. При вторичном сифилисе все серологические тесты на сифилис положительные.	Бензатинбензилпенициллин, 2,4 млн ед в/м однократно, <i>или</i> доксициклин, 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14 дней, <i>или</i> эритромицин, 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 14 дней.

#### 4.7. Саркома Капоши

Саркому Капоши вызывает вирус герпеса человека 8 типа, также известный как вирус герпеса, ассоциированный с саркомой Капоши. У ВИЧ-инфицированных с иммунодефицитом заболевание протекает тяжелее, с тенденцией к диссеминации, и быстрее прогрессирует по сравнению с эндемической формой заболевания у неинфицированных ВИЧ людей. Элементы саркомы Капоши могут обнаруживаться на любом участке кожи и слизистых оболочек. Элементы на коже представляют собой синие или багровые папулы или узлы, нередко с лимфатическим отеком окружающих тканей. Часто поражаются небо, легкие, ЖКТ и лимфатические узлы.

В ротовой полости элементы саркомы Капоши чаще образуются на твердом небе, изредка на языке, глотке, миндалинах и деснах. Они представляют собой багровые папулы, обычно безболезненные. Иногда обнаруживаются крупные элементы и элементы на ножке.

Поражение легочной паренхимы носит инфильтративный характер, часто развивается дыхательная недостаточность. У больных с инфильтративным поражением легких неблагоприятный прогноз и высокая смертность.

##### ДИАГНОСТИКА

Предварительный диагноз саркомы Капоши ставится на основании клинической картины и подтверждается гистологическим исследованием биоптата пораженного участка кожи. Необходимо отличать саркому Капоши от бактериального ангиоматоза — инфекционного заболевания (возбудитель *Bartonella spp.*), также встречающегося у ВИЧ-инфицированных.

##### ЛЕЧЕНИЕ

Лечение саркомы Капоши проводится онкологом. Саркома Капоши — злокачественная опухоль, при лечении локализованных форм применяют лучевую терапию, а при генерализованной форме заболевания назначают полихимиотерапию. С различной степенью эффективности применяются комбинации следующих противоопухолевых препаратов: липосомного доксорубина, блеомицина, винкристина, даунорубина, винбластина и этопозиды. Однако добиться ремиссии очень сложно, и у большинства больных возникают



рецидивы. Отдельные элементы можно удалить хирургически или подвергнуть воздействию жидкого азота, лазера или облучению. Была продемонстрирована эффективность введения блеомицина непосредственно в элементы саркомы Капоши.

Все пациенты с подозрением на саркому Капоши должны быть осмотрены онкологом и при необходимости направлены на лечение в онкологический диспансер.

#### **4.8. Рак шейки матки**

Рак шейки матки — распространенное злокачественное новообразование у женщин во всем мире, на его долю приходится 30% всех случаев злокачественных новообразований и 80% гинекологических. Возраст, в котором устанавливается диагноз рака шейки матки, в среднем составляет 38 лет. Рак шейки матки занимает видное место в женской смертности, и за последние 15 лет заболеваемость им растет. Риск этого новообразования выше у женщин, у которых несколько половых партнеров, и у женщин, половые партнеры которых не придерживаются моногамных отношений. Ведущим этиологическим фактором развития предрака и рака шейки матки и вульвы служит вирус папилломы человека. У ВИЧ-инфицированных женщин заболеваемость дисплазией шейки матки повышена.

##### ОБСЛЕДОВАНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Рекомендуется, чтобы сразу после установления диагноза ВИЧ-инфекции женщина прошла гинекологическое исследование, включая влагиалищное исследование и цитологическое исследование мазка с шейки матки, окрашенного по Папаниколау. Гинекологическое и цитологическое исследования следует повторить через 6 месяцев, а затем проводить ежегодно.

Все пациентки с подозрением на рак шейки матки должны быть осмотрены гинекологом-онкологом и при необходимости направлены в гинекологическое отделение онкологического диспансера.

#### **4.9. Прочие злокачественные новообразования**

У ВИЧ-инфицированных пациентов с иммунодефицитом повышена заболеваемость лимфомами, в том числе неходжкинскими лимфомами, первичной лимфомой ЦНС, лимфомой Беркитта, а также плоскоклеточным раком.

##### **4.9.1. Неходжкинские лимфомы**

Неходжкинские лимфомы у ВИЧ-инфицированных лиц с иммунодефицитом встречаются очень часто. Полагают, что в патогенезе этого заболевания играет роль вирус Эпштейна—Барр: этот вирус был обнаружен в биоптатах лимфатических узлов больных неходжкинской лимфомой. Было показано, что при лечении неходжкинских лимфом у ВИЧ-инфицированных эффективна схема ЕРОСН (включающая этопозид, преднизолон, винкристин, циклофосфамид и даунорубин) в сочетании с АРТ.

##### **4.9.2. Лимфома Беркитта у ВИЧ-инфицированных**

Лимфома Беркитта является характерным осложнением ВИЧ-инфекции и может развиваться уже до наступления выраженного иммунодефицита. Установлена связь между этим заболеванием и вирусом Эпштейна—Барр. Диагноз лимфомы Беркитта ставится на основании тщательного исследования биоптатов лимфатических узлов и опухоли. Лечение такое же, как при других лимфомах.

При **первичной лимфоме ЦНС** рекомендуется облучение головы в сочетании с противоопухолевой терапией и глюкокортикоидами.

Все пациенты с подозрением на злокачественные новообразования должны быть осмотрены онкологом и при необходимости направлены в онкологический диспансер.

#### **4.10. Инфекции ЦНС**

Прямое действие ВИЧ на нервную систему приводит к развитию энцефалопатии, миелопатии и периферической нейропатии. С ВИЧ-инфекцией связывают множество неврологических нарушений, включая атрофию и дегенерацию вещества головного мозга, СПИД-дементный комплекс, атрофию мозжечка, вакуолярную миелопатию, паралич лицевого нерва, синдром Гийена—Барре и сенсорно-моторную периферическую нейропатию с болевым синдромом. Поражение ЦНС могут также вызывать многочисленные бактериальные, вирусные и грибковые оппортунистические инфекции.

Криптококковый менингит описан в пункте 5.

### 4.10.1. Токсоплазмоз

Хотя в развитых странах токсоплазмоз у ВИЧ-инфицированных широко распространен, в развивающихся странах он диагностируется редко. Возможно, это связано с недостатком диагностических возможностей в развивающихся странах. Токсоплазмоз приводит к образованию множественных кист головного мозга. У ВИЧ-инфицированных токсоплазмоз проявляется главным образом как энцефалит или как диссеминированное заболевание. Церебральный токсоплазмоз обычно проявляется головной болью и очаговыми неврологическими симптомами, в частности монопарезом, гемипарезом, парциальными эпилептическими припадками. Иногда выявляются признаки повышения внутричерепного давления.

#### ДИАГНОСТИКА

Токсоплазмоз можно заподозрить по клинической картине. Проявлениями токсоплазмоза могут быть нарушение сознания, лихорадка, судороги, головная боль и очаговая симптоматика, включая парезы и параличи (в том числе черепных нервов), двигательные нарушения, расстройства координации движений, выпадение полей зрения и афазию. У больных с признаками диффузного поражения коры головного мозга очаговая симптоматика появляется по мере прогрессирования болезни.

С помощью КТ или МРТ головы можно обнаружить множественные кольцевидные очаги. Если эти методы недоступны, установить диагноз помогают серологические тесты на антитела к токсоплазме (класса IgG). У большинства пациентов с церебральным токсоплазмозом есть серологические признаки ранее перенесенной инфекции, вызванной *Toxoplasma gondii*. При подозрении на токсоплазмоз назначают пробное лечение, и только в случае его неэффективности через несколько дней решают вопрос о биопсии головного мозга. Диагноз подтверждают с помощью гистологического исследования биоптата головного мозга.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Схемы лечения приведены в табл. 18.

**Таблица 18. Лечение и профилактика токсоплазмоза**

ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Лечение</b>				
Пириметамин	200 мг	однократно (насыщающая доза)	внутрь	однократно
<i>затем</i>				
Пириметамин	25—50 мг	3 раза в сутки	внутрь	6—8 недель
<i>плюс</i>				
Фолинат кальция	15 мг	1 раз в сутки	внутрь	6—8 недель
<i>плюс</i>				
Сульфадiazин	1 г	4 раза в сутки	внутрь	6—8 недель
<b>Первичная профилактика</b>				
Дапсон	50 мг	1 раз в сутки	внутрь	
<i>плюс</i>				
Пириметамин	50 мг	1 раз в неделю	внутрь	
<i>плюс</i>				
Фолинат кальция	15 мг	1 раз в сутки	внутрь	
<b>Вторичная профилактика</b>				
Дапсон	50 мг	1 раз в сутки	внутрь	
<i>плюс</i>				
Пириметамин	50 мг	1 раз в сутки	внутрь	
<i>плюс</i>				
Фолинат кальция	15 мг	1 раз в сутки	внутрь	

Сульфадiazин в этой схеме можно заменить на:

- Клиндамицин, 600 мг в/в или внутрь 4 раза в сутки в течение 6 недель, затем 300—450 мг внутрь 4 раза в сутки пожизненно, *или*
- Азитромицин, 1200 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 6 недель, затем 600 мг внутрь 1 раз в сутки пожизненно, *или*
- Кларитромицин, 1 г внутрь 2 раза в сутки в течение 6 недель, затем 500 мг внутрь 2 раза в сутки пожизненно, *или*
- Атоваквон, 750 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 6 недель, затем 750 мг внутрь 2 раза в сутки пожизненно.

#### 4.10.2. Инфекции, вызванные вирусом простого герпеса

Инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, (ВПГ-инфекции) часто встречаются в клинической практике. Герпетические высыпания обычно представлены пузырьками и болезненными эрозиями, располагающимися вокруг рта, на крыльях носа, губах и половых органах. За первичным эпизодом герпеса часто следуют рецидивы. У лиц с иммунодефицитом поражения могут быть обширными и персистирующими, может также произойти диссеминация инфекции. В этом случае возможны поражения легких, пищевода и ЦНС с развитием менингита и менингоэнцефалита.

##### ДИАГНОСТИКА

Диагноз обычно ставится на основе типичных клинических проявлений. Диагноз диссеминированной ВПГ-инфекции зачастую поставить трудно, для этого могут потребоваться такие сложные лабораторные исследования, как выделение культуры вируса, иммуноблоттинг, реакция иммунофлюоресценции с моноклональными антителами. Герпетический энцефалит приводит к развитию множественных очагов поражения головного мозга, которые можно увидеть с помощью КТ.

##### ЛЕЧЕНИЕ

Схемы лечения приведены в табл.19—22.

**Таблица 19. Лечение легких ВПГ-инфекций**

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схемы первого ряда</b>				
Ацикловир	400 мг	3 раза в сутки	внутрь	7—10 дней
<i>или</i>				
Фамцикловир	250 мг	3 раза в сутки	внутрь	7—10 дней
<i>или</i>				
Валацикловир	1 г	2 раза в сутки	внутрь	7—10 дней

**Таблица 20. Лечение рецидивов ВПГ-инфекций**

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схемы первого ряда</b>				
Ацикловир	800 мг	5 раз в сутки	внутрь	7—10 дней
<i>или</i>				
Фамцикловир	500 мг	2 раза в сутки	внутрь	7—10 дней
<i>или</i>				
Валацикловир	1 г	2 раза в сутки	внутрь	7—10 дней

**Таблица 21. Лечение тяжелых ВПГ-инфекций**

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схемы первого ряда</b>				
Ацикловир	10 мг/кг	каждые 8 ч	в/в	7—10 дней
<i>или</i>				
Валацикловир	1 г	2 раза в сутки	внутрь	7—10 дней
<b>Схема второго ряда</b>				
Фоскарнет (при подозрении на резистентность к ацикловиру)	40 мг/кг	каждые 8—12 ч	в/в	14 дней

**Таблица 22. Лечение висцеральных ВПГ-инфекций**

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схема первого ряда</b>				
Ацикловир	10 мг/кг	каждые 8 ч	в/в	14—21 день
<b>Схема второго ряда</b>				
Фоскарнет (при подозрении на резистентность к ацикловиру)	40 мг/кг	каждые 8—12 ч	в/в	14 дней

### 4.10.3. Опоясывающий лишай (herpes zoster)

Первичная инфекция, вызванная вирусом varicella-zoster, часто протекает в диссеминированной форме. У детей при этом может развиваться ветряная оспа, но большинство людей переносят эту инфекцию в субклинической форме. После первичной инфекции вирус годами сохраняется в латентном состоянии в спинномозговых ганглиях. При снижении иммунитета вирус начинает реплицироваться и вызывает опоясывающий лишай — поражение кожи по ходу кожного нерва в пределах дерматома. В это время инфекция также может стать диссеминированной с поражением кожи, нервной системы, легких и слизистых оболочек. У лиц с иммунодефицитом опоясывающий лишай часто протекает тяжело, с обширными и рецидивирующими поражениями нескольких дерматомов и сильной изматывающей болью.

#### ДИАГНОСТИКА

Диагноз ставится по клинической картине.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Схемы лечения приведены в табл. 23 и 24.

**Таблица 23. Лечение опоясывающего лишая (кожной формы)**

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схемы первого ряда</b>				
Ацикловир	800 мг	5 раз в сутки	внутрь	7—10 дней или до подсыхания везикул
<i>или</i>				
Фамцикловир	500 мг	3 раза в сутки	внутрь	7—10 дней
<b>Схема второго ряда</b>				
Фоскарнет	60 мг/кг <i>или</i> 40 мг/кг	каждые 12 ч  каждые 8 ч	в/в	7—10 дней

**Таблица 24. Лечение глазной формы опоясывающего лишая, диссеминированной и висцеральной инфекции**

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схемы первого ряда</b>				
Ацикловир	10 мг/кг	каждые 8 ч	в/в	7—10 дней
<i>или</i>				
Фамцикловир	500 мг	3 раза в сутки	внутрь	7—10 дней
<b>Схемы второго ряда</b>				
Фоскарнет	60 мг/кг <i>или</i> 40 мг/кг	каждые 12 ч  каждые 8 ч	в/в	7—10 дней

Опоясывающий лишай часто приводит к тяжелому осложнению — постгерпетической невралгии. В пораженных дерматомах возникает сильная боль. Для купирования боли назначают нестероидные противовоспалительные средства. Если боль сохраняется, можно назначить amitriptylin, carbamazepin или fenitoin.

### 4.10.4. Цитомегаловирусная инфекция

У пациентов с иммунодефицитом цитомегаловирус может поражать различные системы и органы. Цитомегаловирусный колит проявляется лихорадкой и диареей, цитомегаловирусная пневмония — одышкой, цитомегаловирусный ретинит приводит к слепоте. Цитомегаловирусная инфекция может вызывать болезненные язвы на слизистой рта, затрудняющие прием пищи.

#### ДИАГНОСТИКА

Для установления диагноза требуется проведение дорогостоящих исследований, в том числе исследования биоптатов пораженных органов, методов гибридизации ДНК и, соответственно, наличие сложного диагностического оборудования. Пациентам с числом лимфоцитов CD4 < 100 мкл<sup>-1</sup> каждые 3 месяца рекомендуется проводить офтальмоскопию для выявления цитомегаловирусного ретинита.

## ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендации по лечению цитомегаловирусной инфекции приведены в табл. 25—27.

**Таблица 25. Лечение цитомегаловирусной инфекции ЖКТ, ЦНС и ретинита**

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА
<b>Схема первого ряда</b>				
Ганцикловир	5 мг/кг	2 раза в сутки	в/в	2–3 недели

Может потребоваться длительное лечение ганцикловиром в дозе 5 мг/кг в/в 1 раз в сутки.

**Таблица 26. Лечение цитомегаловирусной инфекции ЖКТ и ЦНС**

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА
<b>Схемы второго ряда</b>				
Фоскарнет	90 мг/кг	2 раза в сутки	в/в	3 недели

Может потребоваться длительное лечение фоскарнетом в дозе 90 мг/кг в/в 1 раз в сутки.

**Таблица 27. Лечение цитомегаловирусного ретинита**

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА
<b>Схемы второго ряда</b>				
Внутриглазной имплантант, высвобождающий ганцикловир				
<i>плюс</i>				
Валганцикловир	900 мг	2 раза в сутки	внутрь	21 день

Может потребоваться длительное лечение валганцикловиром в дозе 900 мг внутрь 1 раз в сутки.

#### 4.10.5. Инфекции, вызываемые вирусом Эпштейна—Барр

Вирус Эпштейна—Барр принадлежит к семейству герпесвирусов. Инфекции, вызванные этим вирусом, распространены как среди ВИЧ-инфицированных, так и лиц, не инфицированных ВИЧ. У ВИЧ-инфицированных обнаруживается повышенное количество вирусных частиц в секрете ротоглотки и более высокие титры антител к вирусу, чем у ВИЧ-отрицательных людей. Полагают, что вирус Эпштейна—Барр вызывает несколько заболеваний, в том числе:

- Волосатую лейкоплакию рта;
- Лимфоидный интерстициальный пневмонит;
- Неходжкинские лимфомы (см. пункт 9.1.);
- Лимфому Беркитта (см. пункт 9.2.);
- Рак носоглотки.

##### **Волосатая лейкоплакия рта**

Волосатая лейкоплакия рта развивается у ВИЧ-инфицированных, а также у некоторых пациентов с индуцированной иммуносупрессией после трансплантации органов. Поражения выглядят как белые выступающие складчатые налеты на слизистой полости рта, преимущественно на краях языка. Это доброкачественные изменения эпителия слизистой оболочки.

Волосатую лейкоплакию рта часто принимают за кандидоз полости рта, нередко у больного имеются оба заболевания. Специфического лечения не существует. Пациентам рекомендуют соблюдать гигиену полости рта.

##### **Лимфоидный интерстициальный пневмонит**

Лимфоидный интерстициальный пневмонит возникает преимущественно у ВИЧ-инфицированных детей, но встречается и у ВИЧ-инфицированных взрослых. Для него характерны диффузные интерстициальные инфильтраты в легких, которые можно принять за проявления туберкулеза или пневмоцистной пневмонии. Однако при лимфоидном интерстициальном пневмоните в большинстве случаев нет признаков тяжелой легочной патологии. Специфического лечения не существует.

## 4.11. Вирусные гепатиты

Вирусные гепатиты наиболее распространены у потребителей инъекционных наркотиков. В странах СНГ распространено сочетание ВИЧ-инфекции с гепатитом С.

<http://www.aidsmap.com/news/newsdisplay2.asp?newsId=2107>

Вероятность отмены АРТ препаратов по причине развития тяжелых нарушений функции печени у ВИЧ-положительных пациентов, инфицированных вирусом гепатита С, снижается, если перед началом АРТ они пройдут шестимесячный курс лечения гепатита С. Такой вывод был сделан в небольшом итальянском исследовании, опубликованном в июньском номере *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* [«Синдромы приобретенного иммунодефицита»].

## 4.12. Гистоплазмоз

Эту инфекцию вызывает гриб *Histoplasma capsulatum*. Течение заболевания может быть острым или хроническим. Инфицирование происходит при вдыхании спор. Гистоплазмоз встречается довольно редко. Развитие заболевания зависит от иммунного статуса человека, а также от количества спор возбудителя, попавших в организм. Противостоять диссеминации инфекции может только сохранный клеточный иммунитет. Острое заболевание протекает с гриппоподобным синдромом: появляются лихорадка, потеря аппетита, артралгия, миалгия, сухой кашель и боль в груди. На фоне иммунодефицита вскоре после первичной инфекции происходит диссеминация возбудителя. При этом появляются похудание, поражения кожи и слизистой рта, симптомы поражения легких, увеличение печени, селезенки и лимфатических узлов. На слизистой рта появляются некротические язвы с ровными краями. Могут развиваться перфорация неба и обширная деструкция мягких тканей.

### ДИАГНОСТИКА

Диагноз ставится по клинической картине и подтверждается выделением культуры гриба или результатами гистологического исследования биоптатов. На рентгенограмме грудной клетки в остром периоде инфекции могут обнаруживаться увеличение прикорневых лимфатических узлов, разрозненные инфильтраты и мелкие очаговые тени в нижних отделах легких. Разработаны методы диагностики гистоплазмоза с помощью микробиологических исследований крови и кожных проб, но они пока не нашли широкого применения.

### ЛЕЧЕНИЕ

Острый гистоплазмоз у людей с нормальным иммунитетом проходит самостоятельно и лечения не требует. Рекомендации по лечению гистоплазмоза у пациентов с иммунодефицитом приведены в табл. 28.

**Таблица 28. Лечение гистоплазмоза**

ПРОТИВОГРИБКОВЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА
Амфотерицин В	0,7—1 мг/кг	1 раз в сутки	в/в	10 дней

После завершения начального курса лечения назначают длительную поддерживающую терапию:

- итраконазол, 200 мг внутрь 2 раза в сутки, *или*
- флуконазол, 200 мг внутрь 2 раза в сутки, *или*
- амфотерицин В 1 мг/кг в/в 1 раз в неделю.

Альтернативная схема: итраконазол, 200 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 3 дней, затем 200 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 12 недель (принимать во время еды и запивать кислым напитком).

## 4.13. Поражения кожи

### 4.13.1. Грибковые инфекции кожи и ногтей

#### Дерматомикозы

Грибковые поражения кожи (дерматомикозы) наблюдаются часто как у ВИЧ-инфицированных, так и у неинфицированных ВИЧ людей. Высыпания обычно сопровождаются зудом, элементы сухие, при осмотре обнаруживается шелушение. Поражения могут располагаться на любом участке тела.

#### ДИАГНОСТИКА

Возбудителя можно обнаружить при микроскопическом исследовании соскоба с пораженного участка кожи.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Как правило, эффективны местные аппликации противогрибковых мазей и кремов. Рекомендации по лечению дерматомикозов приведены в табл. 29.

Таблица 29. Лечение дерматомикозов

ПРОТИВОГРИБКОВЫЙ ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ЧАСТОТА ПРИЕМА	ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
<b>Схемы первого ряда</b>				
Миконазол (для местного применения)		3 раза в сутки	местно	21 день
<i>или</i>				
Клотримазол (для местного применения)		3 раза в сутки	местно	21 день
<b>Схемы второго ряда</b>				
Кетоконазол	200 мг	1 раз в сутки	внутрь	1—3 месяца
<i>или</i>				
Итраконазол	100 мг	1 раз в сутки	внутрь	1—3 месяца

**Онихомикозы**

Грибковые поражения ногтей (онихомикозы) приводят к деформации и разрушению ногтевых пластинок.

**ДИАГНОСТИКА**

Диагноз ставится по клинической картине. Возбудителя можно обнаружить при микроскопическом исследовании материала, взятого из-под ногтевой пластинки и обработанного гидроксидом калия.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Таблица 30. Лечение онихомикозов

СХЕМЫ ПЕРВОГО РЯДА				
Противогрибковый препарат	Доза	Частота приема	Путь введения	Продолжительность лечения
Тербинафин	250 мг	1 раз в сутки	внутрь	6 недель при поражении пальцев рук <i>или</i> 12 недель при поражении пальцев ног
<i>или</i>				
Итраконазол	200 мг	2 раза в сутки	внутрь	В течение 1 недели каждый месяц на протяжении 2 месяцев (пальцы рук), 3—4 месяцев (пальцы ног)

**4.13.2. Контагиозный моллюск**

Контагиозный моллюск — поверхностная инфекция кожи, вызываемая вирусом контагиозного моллюска. Внедряясь в кожу, вирус вызывает появление плотных папул телесного цвета 2—5 мм в диаметре. Папулы содержат белый салынный секрет. Элементы сыпи возникают на любых участках тела, часто остаются без изменений в течение многих месяцев, а затем исчезают. Инфекция передается при тесном контакте с больным или через предметы совместного пользования. Вирус передается также половым путем. Инкубационный период варьирует от нескольких недель до нескольких месяцев. Срезание или расчесывание элементов может привести к появлению новых высыпаний. Контагиозный моллюск чаще наблюдается у ВИЧ-инфицированных с иммунодефицитом, при этом обнаруживается большее количество элементов, они дольше персистируют и крупнее, чем у неинфицированных ВИЧ пациентов, и хуже поддаются лечению.

**ДИАГНОСТИКА**

Диагноз ставится при обнаружении типичных элементов сыпи. Специфических диагностических тестов на вирус не существует.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение заключается в удалении мягкого содержимого папулы, после чего она исчезает. Обрабатывают каждый элемент сыпи, применяя следующие методы:

- выскабливание
- прижигание концентрированным раствором фенола
- криотерапию
- электрокоагуляцию.

Известно, что у ВИЧ-инфицированных пациентов проведение АРТ способствует элиминации контагиозного моллюска. Недавно было показано, что противовирусный препарат цидофовир, оказывающий также сильное антиретровирусное действие, эффективен и для лечения контагиозного моллюска.

### 4.13.3. Себорейный дерматит

Себорейный дерматит у ВИЧ-инфицированных обнаруживается часто. Полагают, что его вызывает грибок *Pityrosporum ovale* (также известный как *Malassezia furfur*). Обычно сыпь затрагивает носогубные складки, брови, волосистую часть головы, подмышечные впадины, верхнюю часть туловища и паховую область. Элементы сыпи представляют собой красноватые шелушащиеся пятна. У ВИЧ-инфицированных наблюдается более обширное поражение, элементы дольше сохраняются и чаще рецидивируют.

#### ДИАГНОСТИКА

Диагноз ставится по клинической картине и может быть подтвержден выявлением гриба при микроскопическом исследовании соскоба с пораженного участка кожи.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендуется частое мытье пораженных участков для удаления чешуек, хорошие результаты дает применение лечебного шампуня с сульфидом селена. Возможно, наиболее эффективны аппликации 1% гидрокортизоновой мази. Хорошие результаты также дает 2% кетоконазоловый крем.

### 4.13.4. Чесотка

Чесотку вызывает клещ *Sarcoptes scabiei*. Самка клеща прокладывает ходы в коже, которые выглядят как приподнятые красные рубчики длиной до нескольких сантиметров. Самка откладывает яйца в вырытых ходах, а затем перемещается на другие участки тела. Из яиц появляется новое поколение клещей, которые растут, спариваются, прорывают новые ходы в коже и откладывают новые яйца.

#### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Когда человек заражается чесоточным клещом впервые, в течение первого месяца (от 2 до 6 недель) симптомов почти нет. По прошествии этого времени и при последующих инвазиях обычно появляется аллергическая реакция на клещей, и симптомы развиваются в течение 1—4 дней. Клещи, прокладывающие ходы под кожей, вызывают сыпь, которая наиболее часто обнаруживается на кистях, особенно в межпальцевых промежутках, а также в сгибах запястий, локтей и коленей, на локтевой стороне предплечий, на половом члене, в области молочных желез и лопаток. Клещей и прорытых ими ходов может быть очень мало, и в некоторых случаях их трудно найти. Больных обычно беспокоит сильный зуд, особенно по ночам, зачастую всего тела, включая участки, где нет клещей. У лиц с иммунодефицитом чаще развивается тяжелая форма чесотки, называемая норвежской. Она характеризуется высыпаниями в виде везикул и образованием толстых корок по всему телу и обилием клещей. Зуд при этой форме чесотки выражен слабо. Чесотка нередко осложняется вторичными бактериальными инфекциями в области расчесов.

#### ДИАГНОСТИКА

Диагноз обычно ставится при обнаружении сыпи и чесоточных ходов. При микроскопии материала, полученного при соскобе с пораженного участка кожи, обнаруживаются клещи или их яйца.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Для лечения чесотки применяются несколько лосьонов. Препаратом выбора является 1% бензилбензоат, который наносят на все тело за исключением головы и смывают через 24 часа при лечении взрослого и через 8 часов при лечении ребенка. Достаточно однократной обработки. Также применяется обработка кожи 1% перметрином или 1% линданом; эти препараты также наносятся на все тело и смываются через 8 часов. Перметрин и линдан нельзя применять во время беременности и кормления грудью и у детей.

Для лечения норвежской чесотки у больных с иммунодефицитом эффективен ивермектин, 200 мг внутрь однократно.

Одежду, постельное белье и полотенца больного стирают в горячей воде, сушат и гладят. Необходимо пролечить от чесотки всех лиц, находившихся в бытовом контакте с больным, а также его половых партнеров.

### 4.13.5. Стафилококковый фолликулит

Фолликулит — это инфекция кожи с локализацией процесса в волосных фолликулах. У ВИЧ-инфицированных часто развивается пустулезный перифолликулит. Сыпь представляет собой множественные маленькие (менее 5 мм в диаметре), гиперемизированные фолликулы, которые могут нагнаиваться в центре. Часто элементы сыпи образуют скопления. Поражение кожи сопровождается зудом. Как правило, фолликулит вызывает *Staphylococcus aureus*, хотя другие микроорганизмы также могут стать причиной этого заболевания.

#### ДИАГНОСТИКА

Диагноз ставится на основании клинических данных.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Назначают антибиотики, например цефалексин или клоксациллин 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7—21 сут.



#### **4.14. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия у ВИЧ-инфицированных взрослых**

Самым частым первым клиническим проявлением ВИЧ-инфекции служит симметричное генерализованное увеличение лимфатических узлов. Увеличенные лимфоузлы, как правило, безболезненны, плотноэластической консистенции, подвижные. Легче всего пальпируются шейные, подподбородочные, подмышечные и паховые лимфоузлы (рамка 2). ПГЛ может быть единственным проявлением ВИЧ-инфекции.

##### **Рамка 2.**

##### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПГЛ**

Персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ) — это увеличение лимфоузлов (более 1 см в диаметре) двух и более групп (кроме паховых), сохраняющееся более 1 месяца.

Обследование должно обязательно включать пальпацию следующих групп лимфоузлов:

- передние и задние шейные
- подподбородочные
- затылочные
- околоушные (предушные и заушные)
- подмышечные
- локтевые
- паховые (в этой группе увеличенные лимфоузлы встречаются и у здоровых лиц).

У ВИЧ-инфицированных с ПГЛ могут наблюдаться другие проявления ВИЧ-инфекции, в том числе кандидоз полости рта, волосатая лейкоплакия рта, зудящие дерматиты, потемнение ногтей, герпес полости рта и герпес половых органов, непреднамеренная потеря веса, лихорадка неясной этиологии.

Генерализованная лимфаденопатия может быть проявлением ряда других заболеваний, в том числе туберкулеза, лейкозов, лимфом, саркомы Капоши, сифилиса, цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмоза, инфекций, вызванных вирусом Эпштейна—Барр, криптококкоза, гистоплазмоза и гнойных инфекций кожи, бубонной чумы и гепатита В.

Генерализованная лимфаденопатия очень часто развивается на фоне ВИЧ-инфекции, и в большинстве случаев при гистологическом исследовании лимфоузла обнаруживается только «реактивная гиперплазия» или «фолликулярная гиперплазия». Для выяснения причины лимфаденопатии выполняют биопсию лимфоузлов (рамка 3).

##### **Рамка 3.**

##### **Показания к биопсии лимфоузлов**

Пациента с ПГЛ необходимо направить на биопсию лимфоузлов, если у него:

- = Асимметричное увеличение лимфоузлов.
- = Выраженное увеличение лимфоузлов, (по крайней мере 1 лимфоузел более 3 см в диаметре).
- = За период наблюдения лимфоузлы стали больше.
- = Выявлены какие-либо признаки туберкулеза.
- = На рентгенограмме грудной клетки выявлены увеличенные прикорневые лимфоузлы.
- = Выявлена саркома Капоши любой локализации.

#### **4.15. Лихорадка у ВИЧ-инфицированных**

Лихорадка может быть обусловлена инфекцией, воспалительным процессом или злокачественной опухолью. У ВИЧ-инфицированного пациента лихорадка может быть единственным клиническим проявлением инфекции. Поэтому при лечении больного с персистирующей лихорадкой, причина которой неясна, необходимо помнить о возможности ВИЧ-инфекции. У взрослых персистирующую лихорадку определяют как повышение температуры тела выше 38°C в течение более двух недель.

У пациентов с ВИЧ-инфекцией и СПИДом персистирующая лихорадка может сопровождаться проявлениями вызвавшего ее заболевания, например, пневмонии, туберкулеза, инфекции ЖКТ или лимфомы. На ВИЧ-инфекцию у взрослого пациента с персистирующей лихорадкой могут указывать следующие обстоятельства:

- Сопряженные с риском инфицирования половые контакты в анамнезе
- ВИЧ-инфекция у полового партнера пациента
- ВИЧ-инфекция у ребенка пациента
- Наличие типичных для ВИЧ-инфекции клинических проявлений, таких как: персистирующая генерализованная лимфаденопатия, кандидоз полости рта или половых органов, волосатая лейкоплакия рта, зудящие дерматиты, герпес полости рта или половых органов, непреднамеренная потеря веса, потемнение ногтей (меланонихия), дистрофические изменения губ, истончение волос.

#### **4.16. Потеря веса у ВИЧ-инфицированных взрослых**

Потеря веса у взрослых часто связана с ВИЧ-инфекцией. Выраженная непреднамеренная потеря веса у ВИЧ-инфицированных носит название «ВИЧ-кахексия». Причина истощения пока точно не установлена. Возможные причины потери веса у пациентов с ВИЧ/СПИДом включают хронические и рецидивирующие инфекции, хроническую диарею, нарушения всасывания, ВИЧ-индуцированную миопатию и снижение аппетита. Однако ни про один из этих факторов нельзя сказать, что именно он вызывает выраженную потерю веса.

##### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Выраженной потерей веса считают непреднамеренное снижение веса тела более чем на 10%.

##### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА У ВЗРОСЛЫХ

Пациент может жаловаться на непреднамеренную потерю веса и потерю аппетита, которые могут сопровождаться лихорадкой и диареей. У пациентов с ВИЧ-кахексией плохое общее самочувствие, они измождены, могут испытывать беспокойство и страдать от обезвоживания. У таких пациентов часто обнаруживается кандидоз полости рта, могут присутствовать другие клинические проявления СПИДа, в том числе неврологические, такие как энцефалопатия и СПИД-дементный комплекс.

##### ЛЕЧЕНИЕ

###### **Диета**

ВИЧ-инфицированные должны получать сбалансированное высококалорийное питание с повышенным содержанием белка. Для повышения калорийности пищевого рациона, основу которого составляют крахмалистые продукты (картофель или рис), в него добавляют растительное масло и сахар. Много белка содержится в молоке и молочных продуктах (сыре, кефире), яйцах, фасоли, мясе, рыбе и соевых бобах. Продукты с большим содержанием жира — растительное масло и рыба. Пациенты должны также получать овощи и фрукты: капусту, лук, чеснок, свеклу, морковь, горох, тыкву, яблоки, абрикосы. Они обогатят рацион необходимыми минеральными веществами и витаминами.

Пациенты с тяжелым стоматитом и те, кому трудно пережевывать или глотать пищу, должны получать протертую и жидкую пищу: супы, каши и пюре. Следует стремиться, чтобы пища была вкусной. Питание должно быть дробным, небольшими порциями. Большим в тяжелом состоянии можно давать приготовленную в домашних условиях высококалорийную смесь, добавив сахар (50 г) и растительное масло (20 мл) в 500 мл молока. Этот высококалорийный молочный коктейль можно сделать еще более питательным, добавив в него взбитое яйцо, при условии что яйца пациентом хорошо переносятся. Взрослому необходимо в день 500 мл высококалорийного молочного коктейля до того момента, как он сможет вновь принимать нормальную пищу в полном объеме. Пациента кормят таким коктейлем 4—6 раз в день. Всем пациентам один раз в день дают поливитамины, содержащие витамины А, В и С.

###### **Лечебное питание для пациентов с бессимптомным течением ВИЧ-инфекции**

В план лечения всех ВИЧ-инфицированных пациентов должно входить консультирование по вопросам питания. Во время консультирования пациент должен получить необходимые сведения о продуктах питания и вариантах диеты. ВИЧ-инфицированным лицам нужно увеличить калорийность рациона до 40 ккал/кг/сут и потребление белка до 5 г/кг/сут. Этого можно добиться, введя ежедневно 2—3 дополнительных приема пищи и включив в них продукты, богатые калориями и белком: чашку йогурта, порцию рыбы с хлебом, молоко. Все пациенты один раз в день должны получать поливитамины, содержащие витамины А, В и С.

###### **Лечебное питание для пациентов с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции**

ВИЧ-инфицированных пациентов, теряющих в весе, необходимо консультировать по вопросам питания и назначать им дополнительное питание. Часто потеря веса бывает связана с какими-либо острыми инфекционными заболеваниями, поэтому необходимо регулярно тщательно обследовать пациента, и при наличии инфекции проводить соответствующее лечение. Кроме того, нужно объяснять пациентам, как можно повысить калорийность пищи и содержание в ней белка на время острого инфекционного заболевания и

восстановительного периода. Всем пациентам нужно рассказать о вреде курения и употребления алкоголя.

Рекомендации по питанию для пациентов с характерными клиническими проявлениями ВИЧ-ассоциированных заболеваний, такими как стоматит, хроническая диарея, лихорадка, хронический кашель и похудание, такие же как данные выше. Однако нужно уделять больше внимания укреплению физического состояния пациента. При ведении больных СПИДом необходимо придерживаться следующих принципов:

- Для профилактики потери веса нужно заблаговременно ввести дополнительное питание.
- При появлении тошноты и рвоты следует перейти на дробное питание маленькими порциями.
- Для профилактики обезвоживания больной должен получать достаточное количество жидкости.
- Для профилактики запора и повышенного газообразования и связанного с ним неприятного чувства распираания в животе, нужно повысить содержание в рационе клетчатки и снизить содержание жира.
- Питание больного должно включать его любимые блюда.
- Больной должен отказаться от курения и употребления алкоголя.
- Следует своевременно лечить инфекции.
- Больной должен принимать витамины А, В и С.
- При появлении каких-либо нарушений питания нужно пересмотреть препараты, которые принимает пациент, так как эти нарушения могут быть вызваны непереносимостью какого-либо лекарственного средства.

#### **4.17. Психологическая поддержка**

В психологической поддержке нуждаются не только больные СПИДом и ВИЧ-инфицированные, но и члены их семей, родственники, друзья и те, кто ухаживает за больными. ВИЧ-инфекция остается неизлечимым заболеванием, но при правильном лечении можно добиться облегчения состояния больных, как и при других хронических заболеваниях. ВИЧ-инфицированные пациенты нуждаются не только в медицинской помощи, но также в психологической и духовной поддержке.

Пациенты, узнающие о том, что они инфицированы ВИЧ, могут последовательно переживать различные эмоциональные состояния: шок, отрицание, гнев, принятие, «торг» и депрессию. На этих стадиях пациенту и его близким могут быть необходимы разные формы психологической поддержки.

Перед тестированием на ВИЧ пациент обязательно должен пройти консультирование. Во время предтестового консультирования его необходимо подготовить к тестированию; пациент должен узнать о том, как положительный результат может повлиять на его жизнь. Важно также обсудить вопросы, связанные с конфиденциальностью. После получения результата тестирования необходимо провести консультирование, которое поможет пациенту справиться с известием и жить с ним. ВИЧ-отрицательных пациентов нужно проконсультировать по вопросам безопасного полового поведения и образа жизни, который позволит им оставаться ВИЧ-отрицательными.

Послетестовое консультирование ВИЧ-положительных пациентов должно помочь им справиться с полученным известием; они должны узнать, что, несмотря на инфекцию, они могут вести полноценную жизнь. Однако вскоре пациенту снова потребуется психологическая поддержка, связанная с эмоциональными состояниями, которые он будет переживать. Важно, чтобы пациент в любой момент при необходимости легко мог получить психологическую поддержку. По мере того, как пациент проходит через разные этапы эмоционального восприятия своего диагноза и в конце концов примиряется с ним, у него может возникать потребность встретиться с консультантом, поговорить о ВИЧ-инфекции, задать тревожащие вопросы. Консультирование — длительный процесс, предусматривающий многократные беседы пациента и консультанта. У некоторых пациентов, примирившихся со своим диагнозом и живущих с инфекцией несколько месяцев или лет, внезапно может возникнуть кризис в связи с появлением новых симптомов, связанных или не связанных с ВИЧ-инфекцией; в этих случаях ему снова потребуются поддержка и консультации.

#### **4.18. Паллиативная помощь**

(См. также раздел V «Паллиативная помощь»)

Паллиативная помощь составляет неотъемлемую часть медицинской помощи больным СПИДом, поскольку это неизлечимое заболевание. Многие элементы паллиативной помощи, такие как лечение боли и других симптомов, психологическая поддержка, могут быть потребоваться и на ранних стадиях заболевания. Паллиативная помощь при СПИДе может быть весьма разной в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и течения болезни.

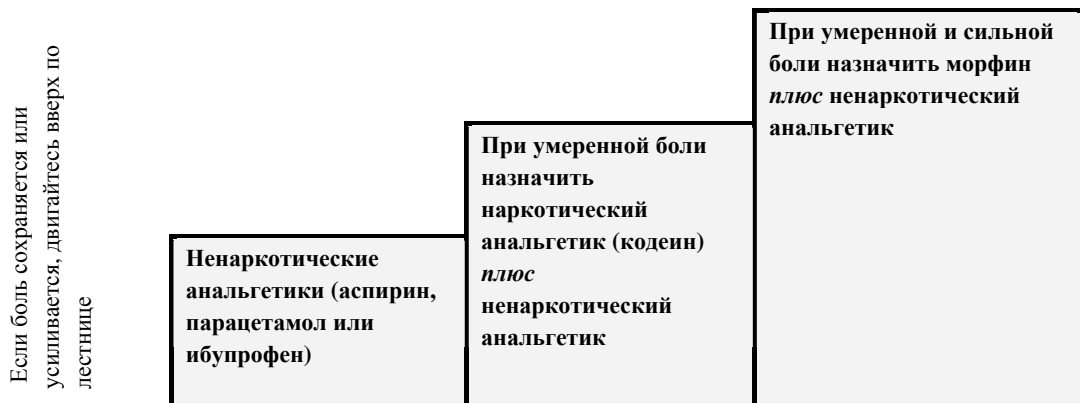
### 4.18.1. Симптоматическое лечение

#### Боль

Лечение зависит от локализации боли и ее тяжести, у взрослых оно осуществляется следующим образом:

- Сначала назначают ненаркотические анальгетики: аспирин, 600 мг внутрь каждые 4 часа, затем 1000 мг каждые 6 часов, или парацетамол, 500 мг внутрь каждые 4—6 часов, или ибупрофен, 400 мг каждые 6 часов.
- Если ненаркотических анальгетиков для устранения боли недостаточно, назначают слабый наркотический анальгетик, например кодеин, 30 мг внутрь каждые 4 часа (можно повышать дозу до 60 мг каждые 4—8 ч, максимальная доза 180—240 мг/сут — более высокие дозы не рекомендуются из-за риска запора). Если и это не позволяет снять боль, назначают сильный наркотический анальгетик, например морфин, в начальной дозе 2,5—5 мг внутрь каждые 4 часа. Дозу повышают до устранения боли (максимальная доза не ограничена). При хронической боли показан регулярный прием анальгетиков внутрь. Рекомендуется начать со слабых анальгетиков и при необходимости постепенно переходить к более сильным, включая наркотические анальгетики. «Лестница» купирования боли приведена на рис. 1. См. также пункт 4.1. в разделе V «Паллиативная помощь».

**Рисунок 1. Лечение хронической боли**



#### Одышка

У больных СПИДом на терминальной стадии часто развиваются выраженные нарушения дыхания. Они могут быть вызваны тяжелым, не поддающимся лечению инфекционным заболеванием легких, либо злокачественным новообразованием, таким как саркома Капоши или лимфома с поражением легких и плевры. Одышку можно уменьшить, назначив эффективное лечение пневмонии, и в некоторых случаях (например при пневмоцистной пневмонии) дополнительно назначив глюкокортикоиды. Для саркомы Капоши с поражением легких характерен плевральный выпот. В этой ситуации для облегчения дыхания дренируют плевральный выпот и назначают глюкокортикоиды. Все пациенты с дыхательной недостаточностью должны получать кислород через маску или носовые канюли. Для снятия беспокойства, боли и дискомфорта назначают морфин. При бронхоспастическом компоненте облегчить состояние пациента помогают ингаляции бронходилататоров. Чтобы уменьшить одышку, пациенту помогают занять положение сидя, подкладывая ему под спину подушки, обеспечивают приток свежего воздуха (можно использовать вентилятор), дают частое питье для разжижения мокроты.

#### Рвота

Рвота может привести к недостаточному потреблению жидкости и обезвоживанию. Поэтому при рвоте очень важна профилактика обезвоживания. Больной должен пить часто и понемногу. Для купирования рвоты назначают прохлорперазин, 5 мг внутрь 3 раза в сутки, или метоклопрамид, 10 мг внутрь 3 раза в сутки.

#### Уход за полостью рта

В хорошем уходе за полостью рта нуждаются все больные. Он включает чистку зубов мягкой щеткой 2 раза в день и полоскание рта после каждого приема пищи. У пациентов с поражением слизистой полости рта такой уход помогает облегчить состояние. Если поражения слизистой рта болезненны, пациент не может

пережевывать или глотать обычную пищу. В этом случае необходимо перейти на мягкую и жидкую пищу. Лечение поражений слизистой рта рассмотрено в пункте б.

#### **Зуд**

В первую очередь следует выяснить причину зуда, чтобы назначить специфическое лечение. Облегчить зуд помогают теплые ванны с добавлением масел, после которых на кожу наносят смягчающую мазь. При грибковом поражении кожи помогают противогрибковые кремы; при зудящих дерматитах, если нет бактериальной или вирусной инфекции, можно применять глюкокортикоиды местно. Прием антигистаминных препаратов на ночь, например, дифенгидрамина или гидроксизина в дозе 25 мг внутрь, может уменьшить зуд и обеспечить относительно спокойный сон. При множественных инфекциях кожи помогает ополаскивание 0,05% раствором хлоргексидина после купания.

#### **Уход за кожей**

Чтобы избежать появления пролежней, необходимо менять положение больного каждые 4 часа и подкладывать под больного очень мягкую ткань. Нельзя допускать, чтобы какой-либо участок кожи испытывал давление в течение длительного времени. Чтобы защитить воспаленные пострадавшие участки кожи, нужно полностью исключить давление на них и смазывать подсушивающими средствами. Загрязненное постельное белье нужно сразу менять. Все участки тела, которые подвергаются давлению — пятки, локти, лодыжки, спину и бедра — необходимо часто массировать. На открытые пролежни наносят антисептический крем и накладывают марлевую повязку.

### **4.19. Уход за умирающими больными**

Все больные с терминальными стадиями болезни нуждаются в помощи. Очень важно, чтобы умирающий и его близкие получили социальную, психологическую и духовную поддержку. Цель паллиативной помощи — максимально облегчить страдания пациента и обеспечить ему условия для достойной встречи смерти. Паллиативная помощь также помогает пациенту вести по возможности активный образ жизни до самой смерти и помогает семье справиться с переживаниями по поводу болезни близкого человека и перенести утрату.

Умирающему больному очень важна поддержка со стороны медицинского работника. Он должен выслушать больного и проявить участие, попытаться наладить общение больного с членами семьи, обсудить важные вопросы, например, опеку над детьми и источники поддержки для семьи. Больной должен знать, что близкие его любят, и о нем будут помнить. Беседа с духовным наставником поможет развеять чувство вины. Медицинский работник должен регулярно навещать больного, с ним всегда должна быть возможность связаться.

Помощь умирающим больным должна обязательно включать в себя симптоматическое лечение (см. пункт 18.1.).



## V. Паллиативная помощь

### 1. Основные положения

Паллиативная помощь подразумевает всестороннее и своевременное выявление и решение проблем, которые несет с собой неизлечимое заболевание — облегчение боли и других проявлений болезни, оказание психологической, социальной и духовной поддержки — имея главной целью улучшение качества жизни больного и его близких. Основные принципы паллиативной помощи:

- Облегчать боль и другие тягостные проявления болезни;
- Признавать жизнь и смерть естественными процессами.
- Не ускорять наступление смерти, но и не продлевать страдания.
- Сочетать с медицинской помощью духовную и психологическую поддержку.
- Как можно дольше продлевать активную жизнь пациента.
- При жизни и после смерти пациента оказывать психологическую поддержку его родственникам.
- Включать многопрофильную помощь, учитывающую потребности пациента и его близких, включая консультации психолога.
- Повышать качество жизни, по возможности облегчать течение болезни.
- Если позволяет состояние пациента, использовать такие методы лечения, направленные на продление жизни, как химиотерапия и лучевая терапия; проводить исследования, необходимые для уточнения причин и тактики лечения осложнений.

#### Почему это важно

Паллиативная помощь — необходимый компонент комплексной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом: боль, диарея, кашель, одышка, тошнота, слабость, утомляемость, лихорадка, спутанность сознания — это еще не весь перечень проявлений болезни, с которыми им приходится сталкиваться. Паллиативная помощь облегчает эти проявления и тем самым избавляет пациента от лишних страданий и необходимости в частом обращении в больницу. Без такой помощи симптомы остаются без лечения и мешают вести нормальную жизнь. Для общества недостаток паллиативной помощи оборачивается лишней нагрузкой на больницы.

### 2. Общие принципы

- Паллиативная помощь включает симптоматическое лечение и помощь при терминальных состояниях.
- Паллиативная помощь может оказываться на дому, в больницах, в хосписах.

- Паллиативная помощь предоставляется, если требуется симптоматическое лечение острого или хронического заболевания и при этом:
  - пациент отказывается от лечения своего заболевания и хочет получать паллиативную помощь;
  - лечение основного заболевания не разработано или не доступно;
  - данные физикального и других исследований свидетельствуют о том, что на фоне лечения состояние пациента не улучшается, или не достигаются ожидаемые результаты лечения;
  - на фоне адекватного лечения состояние пациента ухудшается.
- Региональные центры профилактики и борьбы со СПИДом будут координировать оказание паллиативной и других видов помощи пациентам по направлениям, выдаваемым различными специалистами и учреждениями.
- Партнерам, например НПО, будет предложено оказывать паллиативную помощь в соответствии с принятыми в стране стандартами.
- Паллиативная помощь должна предоставляться всем пациентам, которые нуждаются в ней и выразили желание ее получать. Никому не должно быть отказано в паллиативной помощи по политическим или социальным причинам.
- Паллиативная помощь должна оказываться в соответствии со стандартами ВОЗ, исходя из потребностей конкретного пациента.
- Лечение заболеваний должно проводиться независимо от стадии ВИЧ-инфекции (например, лечение туберкулеза, АРТ, заместительная терапия наркотической зависимости).
- Всем потребителям инъекционных наркотиков, при наличии соответствующих показаний, должна предлагаться заместительная терапия.

### 3. Первичное обследование

**Таблица 1. Первичное обследование ВИЧ-инфицированного пациента, нуждающегося в паллиативной помощи**

ВИД ОБСЛЕДОВАНИЯ	
Сбор анамнеза	
• Оценка общего состояния	+
• Жалобы	+
• Сопутствующие заболевания, принимаемые лекарственные препараты, в том числе анальгетики	+
• Причина, характер и интенсивность боли	
• Оценка психического статуса	+
• Перенесенные серьезные заболевания (включая туберкулез), госпитализации, хирургические вмешательства; давность установления диагноза ВИЧ-инфекции)	+
Физикальное исследование	+
Гинекологическое исследование	при необходимости
Лабораторные исследования	
• Общий анализ крови	
– Гемоглобин	+
– Общее число лейкоцитов и лейкоцитарная формула	+
• Анализ мочи	
• Биохимический анализ крови	+
– Показатели функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин)	+
– Креатинин	+
• Тестирование на ВИЧ	если не проводилось
• Число лимфоцитов CD4	если неизвестно
Тест на беременность	при необходимости
Рентгенография грудной клетки	по показаниям
Другие исследования	по показаниям

Цель обследования заключается в установлении стадии ВИЧ-инфекции, выявлении сопутствующих заболеваний, оценке характера и тяжести боли.



## 4. Лечение

### 4.1. Лечение боли

Основные принципы:

- По возможности избегать в/м инъекций: назначать анальгетики внутрь или ректально.
- Пациент должен получать анальгетики через равные промежутки времени.
- Расписание приема препаратов должно учитывать режим сна.
- Пациент должен получать следующую дозу препарата до окончания действия предыдущей.
- Начинать лечение следует с малой дозы, постепенно повышая ее до прекращения боли.
- Если боль возникает в промежутке между плановыми приемами анальгетика, необходимо дать дополнительную дозу препарата (50—100% разовой дозы, принимаемой каждые 4 часа).
- Для купирования умеренной боли эффективен аспирин, однако его следует применять с осторожностью, поскольку у ВИЧ-инфицированных пациентов повышен риск развития кровотечений. При выраженном нарушении функции печени парацетамол и аспирин противопоказаны.

**Таблица 2. Лечение боли**

ПРЕПАРАТЫ	СТАНДАРТНЫЕ НАЧАЛЬНЫЕ ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	ПРИМЕЧАНИЕ
<b>А. Анальгетики*</b>		
<i>Шаг 1</i>		
<i>Легкая боль</i>		
<b>Ненаркотические анальгетики</b>	<b>Аспирин</b> 650 мг внутрь каждые 4 часа или 1000 мг внутрь каждые 6 ч	Отменить при появлении диспепсии или дегтеобразного стула. Не назначать детям до 12 лет. Не назначать на III и IV стадиях ВИЧ-инфекции.
	<b>Парацетамол</b> 2 таблетки по 500 мг внутрь каждые 4—6 ч	Не более 4 г в сутки.
	<b>Ибупрофен</b> 400 мг каждые 6 ч	
<i>Шаг 2</i>		
<i>Легкая или умеренная боль</i>		
<b>Ненаркотические анальгетики</b>	<b>Аспирин</b> 650 мг внутрь каждые 4 ч или 1000 мг внутрь каждые 6 ч	Отменить при появлении диспепсии или дегтеобразного стула. Не назначать детям до 12 лет. Не назначать на III и IV стадиях ВИЧ-инфекции.
	<b>Парацетамол</b> 500 мг внутрь каждые 4—6 ч	Не более 4 г в сутки.

ПРЕПАРАТЫ	СТАНДАРТНЫЕ НАЧАЛЬНЫЕ ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	ПРИМЕЧАНИЕ
<b>Наркотические анальгетики**</b>	<b>Кодеин</b> 30 мг внутрь каждые 4 ч (30—60 мг внутрь каждые 4—8 ч)  Если кодеин не доступен, чередовать парацетамол и аспирин.	Во избежание тяжелого запора суточная доза для обезболивания не должна превышать 180—240 мг; если этой дозы не достаточно для устранения боли — перейти на морфин. Для профилактики запора одновременно назначить слабительные (если нет диареи).
<i>Шаг 3</i>		
<i>Умеренная или сильная боль</i>		
<b>Ненаркотические анальгетики</b>	<b>Аспирин</b> 650 мг внутрь каждые 4 ч или 1000 мг внутрь каждые 6 ч	Отменить при появлении диспепсии или дегтеобразного стула. Не назначать детям до 12 лет. Не назначать на III и IV стадиях ВИЧ-инфекции.
	<b>Парацетамол</b> 500 мг внутрь каждые 4—6 ч	Не более 4 г в сутки.
<b>Наркотические анальгетики**</b>	<b>Трамадол</b> длительного действия 100—200 мг внутрь каждые 8—12 ч, не более 600 мг в сутки	
	<b>Морфин</b> для приема внутрь, 2,5—5 мг каждые 4 ч. Если нет формы для приема внутрь, можно использовать инъекционный раствор 5 мг в ампулах по 5 мл или 50 мг в ампулах по 5 мл: закапать в рот или ввести ректально шприцем. Если боль сохраняется через 24 ч дозу можно увеличить в 1,5—2 раза.	Доза зависит от интенсивности боли; ограничения по максимальной суточной дозе нет, но необходимо следить за дыханием: временно отменить препарат, если частота дыхания менее 8 в минуту. На период лечения морфином назначить слабительные.
<b>Б. Лечение различных типов боли</b>		
Нейрогенная боль: жгучая, стреляющая, ощущение покалывания и т.п.	<b>Амитриптилин</b> 25 мг внутрь на ночь или 12,5 мг внутрь 2 раза в сутки	Подождать эффекта 2 недели, затем при необходимости постепенно повысить дозу до 50 мг на ночь или 25 мг 2 раза в сутки
Мышечные спазмы	<b>Диазепам</b> 5 мг 2—3 раза в сутки	

ПРЕПАРАТЫ	СТАНДАРТНЫЕ НАЧАЛЬНЫЕ ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	ПРИМЕЧАНИЕ
<p>Терминальные стадии заболеваний при лечении на дому, а также следующие состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отек вокруг опухоли</li> <li>• Тяжелый кандидозный эзофагит с изъязвлениями и нарушением глотания</li> <li>• Сдавление нерва</li> <li>• Постоянная головная боль вследствие внутричерепной гипертензии</li> </ul>	<p><b>Дексаметазон</b> 2—6 мг/сут внутрь или <b>преднизолон</b> 15—40 мг в течение 7 суток, или как предписано специалистом</p>	<p>Глюкокортикоиды облегчают состояние больных с терминальными стадиями заболеваний: улучшается аппетит и самочувствие. Снижать дозу настолько это возможно. Отменить, если в течение 3 недель приема состояние больного не улучшается. Дексаметазон примерно в 7 раз сильнее преднизона. При использовании преднизона (или преднизолона) дозу, указанную для дексаметазона, нужно увеличить в 7 раз.</p>
Опоясывающий лишай	<p>При первых появлениях сыпи: <b>валацикловир (ацикловир?)</b> 1 г внутрь каждые 8 ч в течение 5—7 суток Острая боль: <b>трамадол.</b> Постгерпетическая невралгия: <b>амитриптилин</b> в низкой дозе: 12,5—25 мг внутрь на ночь или 12,5 мг внутрь 2 раза в сутки, или <b>габапентин</b> с постепенным повышением дозы до 2400 мг/сут внутрь.</p>	
Схваткообразные боли в животе	<p><b>Гиосцина бутилбромид</b> 10—20 мг внутрь 3—5 раз в сутки. Кодеин 30 мг каждые 4 ч.</p>	
<b>В. Немедикаментозное лечение</b>		
Поддержка и консультирование	<p>Психологическая, духовная и эмоциональная поддержка, а также консультирование должны быть обязательным дополнением медикаментозной терапии.</p>	<p>Боль тяжелее переносится пациентами с депрессией, испытывающими чувство вины, одиночество, страх смерти, тревогу. Психологическая помощь и поддержка могут существенно облегчить их состояние.</p>
	<p>Методы релаксации, в том числе физические (массаж, дыхательные методики) и психологические (прослушивание музыки и др.)</p>	<p>Если у пациента нет психоза или тяжелой депрессии.</p>

\* Не следует назначать несколько анальгетиков одной группы сразу на один прием; прием аспирина каждые 4 часа можно сочетать с приемом парацетамола каждые 4 часа, составив расписание приема препаратов так, чтобы они чередовались каждые 2 часа.

\*\* После устранения болевого синдрома отменить морфин сразу или быстро снизив дозу, если пациент недолго принимал препарат, или снижать дозу постепенно, если прием препарата длился несколько недель.

**Таблица 3. Лечение побочных эффектов наркотических анальгетиков**

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	РЕКОМЕНДАЦИИ
Запор	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличить в рационе количество жидкости и клетчатки.</li> <li>• На период приема наркотических анальгетиков назначить увеличивающее объем кишечного содержимого слабительное (например, лактулозу, 10 мл внутрь 3 раза в сутки) или размягчающее слабительное (докузат) плюс средство, стимулирующее перистальтику кишечника (бисакодил).</li> <li>• Проводить профилактику запора (если у пациента нет хронической диареи)</li> </ul>
Тошнота и рвота	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначить противорвотное средство. Обычно тошнота и рвота через несколько дней прекращаются сами. Может потребоваться круглосуточный прием препаратов.</li> </ul>
Угнетение дыхания (при приеме морфина внутрь с постепенным повышением дозы развивается редко)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Использовать методы стимуляции дыхания.</li> <li>• Если угнетение дыхания выраженное, отменить следующую дозу, затем сократить дозу наполовину.</li> <li>• Если у пациента сильная боль на фоне терминального состояния, некоторое угнетение дыхания допустимо.</li> </ul>
Спутанность сознания, оглушенность (если не вызваны другими причинами)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обычно развиваются в начале лечения или при повышении дозы и через несколько дней проходят. Могут также развиваться в терминальной стадии почечной недостаточности</li> <li>• Сократить дозу наполовину или увеличить интервал между приемами препарата</li> </ul>
Зуд, миоклонус (выраженные подергивания мышц во время бодрствования)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если пациент получает большую дозу препарата, попытаться уменьшить дозу, или перейти на альтернирующую схему приема, или назначить два наркотических анальгетика.</li> <li>• Обследовать пациента повторно: при некоторых состояниях морфин не эффективен и требуются другие средства.</li> </ul>
Сонливость	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продолжительный сон может свидетельствовать об истощении ЦНС и отражать потребность пациента в отдыхе.</li> <li>• Если сохраняется более 2 суток подряд, уменьшить дозу вдвое.</li> </ul>
<b>Порядок отмены морфина после устранения причины боли</b> (у ВИЧ-инфицированных происходит часто)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если морфин применялся в течение короткого времени, то отменить его сразу или быстро снизив дозу.</li> <li>• Если прием препарата длился несколько недель, снижать дозу постепенно.</li> </ul>

## 4.2. Лечение истощения

Таблица 4. Лечение истощения

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Истощение у умирающего больного, при лечении на дому	Преднизон, 5—15 мг/сут внутрь (для стимуляции аппетита)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уговаривать больного принимать пищу, но не настаивать, поскольку организм может быть не в состоянии справиться с ней, и начнется рвота.</li> <li>• Кормить больного часто маленькими порциями; готовить еду, которая нравится больному.</li> <li>• Не готовить пищу около больного.</li> <li>• Учитывать, что по мере прогрессирования заболевания больной будет есть все меньше.</li> <li>• Обратиться к врачу, если больной быстро теряет в весе, или постоянно отказывается от любой еды или не может ее проглотить.</li> </ul>
Тошнота и рвота	Противорвотные средства — см. табл. 5	Кормить больного часто, маленькими порциями; предлагать еду, которая нравится больному; не настаивать.
Кандидоз полости рта или язвы слизистой рта	См. табл. 6	
Диарея	См. табл. 8	

## 4.3. Лечение тошноты и рвоты

Таблица 5. Лечение тошноты и рвоты

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Тошнота и рвота	<b>Метоклопрамид</b> 10 мг внутрь каждые 8 ч (не более 1 суток) <i>или</i> <b>галоперидол</b> 1—2 мг внутрь 1 раз в сутки <i>или</i> <b>хлорпромазин</b> 25—50 мг каждые 6—12 ч	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предлагать такие продукты из тех, что нравятся больному, которые в меньшей степени вызывают тошноту.</li> <li>• Кормить и поить больного часто, маленькими порциями, медленно.</li> <li>• Обратиться к врачу, если рвота продолжается более суток, или у больного сухой язык, или выделяется мало мочи, или появилась боль в животе.</li> </ul>
Тошнота и рвота, вызванные нарушением пассажа кишечного содержимого опухолью	<b>Циклизин</b> до 50 мг/сут внутрь; при его отсутствии: <b>клемастин</b> 1 мг внутрь 2 раза в сутки <i>или</i> <b>цетиризин</b> внутрь 10 мг 1 раз в сутки	

#### 4.4. Лечение язв слизистой полости рта или боли при глотании

Таблица 6. Лечение язв слизистой полости рта или боли при глотании

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Различные язвенные поражения слизистой рта		Мягкой зубной щеткой осторожно удалять налет с зубов, десен, языка и неба. Давать больному полоскать рот подсоленной водой (щепотка соли на стакан воды) после еды и перед сном (3-4 раза в день).
Кандидоз полости рта	<b>Миконазол</b> , таблетки для рассасывания: 1 таблетка в сутки в течение 7 дней. При тяжелом кандидозе или отсутствии эффекта направить к специалисту. <b>Флуконазол</b> в первые сутки 200 мг внутрь однократно, затем 100 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 10—14 сут или до исчезновения симптомов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Облегчить состояние больного могут местные анестетики.</li> <li>• Растворить 2 таблетки аспирина в стакане воды и давать больному для полоскания рта до 4 раз в день.</li> <li>• При необходимости дать анальгетики (табл. 2).</li> <li>• Необходимо удалять остатки пищи марлевым тампоном, смоченным в подсоленной воде.</li> <li>• Диета: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Мягкая пища причиняет меньший дискомфорт.</li> <li>— Пациенту легче глотать протертую и жидкую пищу.</li> <li>— Не кормить больного чересчур горячей, холодной или острой пищей.</li> </ul> </li> </ul>
Афтозный стоматит	<b>Преднизон</b> : растолочь таблетку и присыпать язвы несколькими крупинками. Раствор <b>дексаметазона</b> для полоскания рта <b>Триамцинолон</b> , крем для смазывания язв	
Герпетический стоматит	<b>Ацикловир</b> 400 мг внутрь <b>Метронидазол</b> , полоскание для рта: 2 таблетки (растолочь) на стакан воды	
Неприятный запах изо рта, обусловленный раком слизистой рта или другими поражениями ротовой полости	<b>Метронидазол</b> , полоскание для рта: 2 таблетки (растолочь) на стакан воды	

#### 4.5. Лечение сухости во рту

Таблица 7. Лечение сухости во рту

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Сухость во рту	Пересмотреть назначения (сухость во рту может быть побочным эффектом принимаемых препаратов)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Давать частое питье маленькими глотками.</li> <li>• Давать воду для частого смачивания полости рта.</li> <li>• Давать больному сосать кусочки фруктов, например, апельсина.</li> </ul>
Серьезные нарушения, вызванные недостаточным слюноотделением	Направить к стоматологу	

## 4.6. Лечение диареи

Таблица 8. Лечение диареи

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Диарея	<ul style="list-style-type: none"> <li>Увеличить прием жидкости для профилактики обезвоживания.</li> <li>При тяжелой диарее назначить раствор для пероральной регидратации</li> <li>Назначить лечебное питание</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Давать обильное питье для возмещения потерь воды.</li> <li>Увеличить частоту приема пищи, кормить маленькими порциями.</li> <li>Уход за кожей перианальной области:               <ul style="list-style-type: none"> <li>после каждого акта дефекации протирать кожу туалетной бумагой или мягкой тканью;</li> <li>обмывать перианальную область 3 раза в день водой с мылом;</li> <li>если больной чувствует боль при дефекации, смазывать перианальную область вазелином.</li> </ul> </li> <li>Обратиться к врачу, если у больного:               <ul style="list-style-type: none"> <li>рвота и лихорадка;</li> <li>стул с примесью крови;</li> <li>диарея продолжается более 5 суток;</li> <li>нарастает слабость;</li> <li>повреждения кожи вокруг заднего прохода.</li> </ul> </li> </ul>
Диарея, если нет лихорадки, примеси крови в стуле, и больной старше 5 лет и не достиг пожилого возраста	Противодиарейные средства: <b>лоперамид</b> : начальная доза 4 мг внутрь, затем 2 мг внутрь после каждого акта дефекации или <b>кодеин</b> или <b>морфин</b> (если официально разрешены): кодеин 10 мг 3 раза в сутки (до 60 мг каждые 4 ч); морфин 2,5—5 мг внутрь каждые 4 ч (при сильной диарее)	
Болезненность перианальной области	Мазь с анестетиком или вазелин для смазывания кожи	
Недержание кала	Вазелин для защиты кожи перианальной области	

## 4.7. Лечение запора

Таблица 9. Лечение более чем двухдневной задержки стула

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Каловый завал	Провести пальцевое ректальное исследование и удалить каловые массы.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Часто предлагать питье.</li> <li>Включать в рацион больше фруктов (в том числе сухофрукты) и овощей, овсяную кашу, мягкую пищу.</li> <li>Давать столовую ложку растительного масла перед завтраком.</li> <li>Осторожно ввести в прямую кишку больного вазелин или кусочек мыла, если он не может сделать это сам. При этом использовать медицинские перчатки.</li> </ul>
Другие причины запора	<p>Слабительные:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>в первый день: слабительное, увеличивающее объем кишечного содержимого: бисакодил, 5—15 мг на ночь, сенна, начальная доза 2 таблетки (7,5 мг) 2 раза в сутки, затем до 2 таблеток каждые 4 ч</li> <li>во второй день слабительное, стимулирующее перистальтику кишечника.</li> </ul> <p>Дозы подбирают индивидуально. Важно: при использовании морфина или кодеина слабительные назначают обязательно</p>	

## 4.8. Лечение лихорадки

Таблица 10. Лечение лихорадки

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Лихорадка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выяснить и устранить причину.</li> <li>• <b>Парацетамол</b>, 500 мг внутрь, или <b>аспирин</b>, 650 мг внутрь, каждые 4 ч (не более 4 г парацетамола в сутки).</li> <li>• Не допускать обезвоживания.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часто давать больному питье: воду, некрепкий чай, фруктовые соки.</li> </ul>

## 4.9. Лечение икоты

Таблица 11. Лечение икоты

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Кандидоз полости рта	Лечить кандидоз — см. табл.6	<p><b>Способы прекратить икоту</b></p> <p>Воздействие на горло:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• быстро съесть 2 чайных ложки с горкой сахара;</li> <li>• выпить холодной воды;</li> <li>• съесть размельченный лед;</li> <li>• помассировать небо чистым носовым платком (по направлению к мягкому небу).</li> </ul> <p>Воздействие на акт дыхания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• задержать дыхание или подышать в бумажный пакет — остановиться при появлении чувства дискомфорта;</li> <li>• прижать колени к груди и наклониться вперед (сдавлив грудную клетку).</li> </ul>
Растяжение желудка на поздней стадии злокачественной опухоли	<b>Симетикон</b> 65—125 мг внутрь, до 500 мг/сут	
Упорная икота	<b>Метоклопрамид</b> 10—20 мг внутрь 3—4 раза в сутки или <b>галоперидол</b> 0,5—2 мг внутрь 1—3 раза в сутки.	
Опухоль головного мозга	Может быть эффективен противосудорожный препарат.	



## 4.10. Лечение тревожности и возбуждения

Таблица 12. Лечение тревожности и возбуждения

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Тревожность и возбуждение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выяснить причину. Если эти симптомы возникли впервые, исключить когнитивные нарушения.</li> <li>• При выраженной тревожности можно назначить транквилизаторы.</li> <li>• Предложить способы устранения тревожности, уместные для конкретной ситуации.</li> <li>• Обучить приемам релаксации.</li> <li>• Внимательно выслушать пациента и поддержать психологически.</li> <li>• Убедиться, что пациент получает хороший уход и психосоциальную поддержку.</li> </ul>	<p>Помощь при беспокойстве:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внимательно выслушать больного.</li> <li>• Обсудить тревожащие его вопросы в конфиденциальной обстановке.</li> <li>• Помочь больному успокоиться с помощью таких средств как: <ul style="list-style-type: none"> <li>– спокойная музыка;</li> <li>– массаж;</li> <li>– совместная молитва.</li> </ul> </li> </ul>
Слабо выраженные тревожность и возбуждение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначить диазепам в низкой дозе (2,5—5 мг на ночь или 2 раза в сутки) на короткое время — необходимость в нем возникает редко, если пациент получает полноценный уход (стараться не назначать диазепам на длительный срок, поскольку он может вызывать депрессию).</li> <li>• При подозрении на биполярное расстройство, направить пациента к психиатру на обследование и лечение.</li> </ul>	
Сильные тревога или возбуждение, делирий	<b>Галоперидол</b> , 5–10 мг внутрь или в/в	

## 4.11. Лечение нарушений сна

Таблица 13. Лечение нарушений сна

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Бессонница Причиной бессонницы могут быть боль, тревога, депрессия, абстинентный синдром, синдром отмены (диазепама, фенотарбитала)	<b>Диазепам</b> (по возможности не назначать на длительный срок, поскольку может вызвать депрессию), или <b>дифенгидрамин</b> , раствор, 5—10 мл внутрь, или <b>лоразепам</b> 0,5—1 мг внутрь, до 4 мг в сутки.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поговорить с больным о переживаниях, которые мешают ему заснуть, успокоить его.</li> <li>• По возможности обеспечить тишину.</li> <li>• Не давать больному на ночь крепкий чай и кофе.</li> <li>• Лечить боль, если нужно.</li> </ul>

## 4.12. Профилактика мышечной скованности и контрактур

Таблица 14. Профилактика мышечной скованности и контрактур

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Мышечные спазмы или спастичность	<p>Определить объем движений; если наблюдается выраженная спастичность или мышечные спазмы, назначить:</p> <p><b>диазепам</b>, или <b>баклофен</b>, 10—25 мг внутрь 1—2 раза в сутки, или <b>тетразепам</b>, 50 мг/сут внутрь, при необходимости повысить дозу, но не более 200 мг/сут.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не приковывайте больного к постели, поощряйте его желание двигаться.</li> <li>• Если больной неподвижен, выполняйте простой комплекс упражнений на амплитуду движений не менее 2 раз в день: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Сгибайте, выпрямляйте и делайте прочие движения в суставах, которые можно сделать без усилия. Будьте осторожны и выполняйте движения медленно, не причиняя боли.</li> <li>– Чтобы не повредить сустав, при выполнении движений держите конечность выше и ниже сустава.</li> <li>– Растягивайте суставы, прикладывая равномерное усилие и удерживая их, как указано выше.</li> <li>– Заведите руки больного за голову и поднимите его ноги на 90 градусов — предложите больному сначала самому поднять ноги, насколько он сможет, а затем помогите ему.</li> </ul> </li> <li>• Регулярно делайте больному массаж.</li> </ul>

## 4.13. Уход за больными с деменцией

Таблица 15. Уход за больными с деменцией

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
<p>Если симптомы появились впервые:</p> <p>Забывчивость, нарушения концентрации внимания, речи и мышления, перепады настроения, асоциальное поведение, например, прогулки в обнаженном виде или бранная речь</p>	<p>Оценить степень спутанности сознания, расстройство речи и дезориентацию (исключить малярию, гипогликемию и другие системные заболевания, алкогольное и наркотическое опьянение, токсичные эффекты препаратов, синдром отмены; рассмотреть возможность ВИЧ-энцефалопатии).</p> <p>Лечение зависит от клинических проявлений. При возбуждении, не связанном с алкогольным или наркотическим опьянением, можно назначить седативные препараты в низких дозах.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как можно дольше больной должен жить в привычной обстановке.</li> <li>• Следует держать вещи на своих местах, чтобы больной мог их найти.</li> <li>• Следует придерживаться привычного распорядка дня.</li> <li>• Убрать опасные предметы.</li> <li>• Использовать простые фразы; стремиться, чтобы два человека не говорили одновременно.</li> <li>• Приглушать посторонние звуки (телевизор, радио).</li> <li>• Больной должен находиться под постоянным присмотром.</li> </ul>
Параноидные состояния или ночная активность	<b>Галоперидол</b> 5–10 мг, <b>лоразепам</b>	

## 4.14. Лечение депрессии

Таблица 16. Лечение депрессии

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ	
<p>Настораживающие симптомы: уныние, бессонница, потеря интереса к жизни</p> <p>Симптомы депрессии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Печаль, подавленное настроение</li> <li>• Снижение интересов и чувства удовольствия</li> <li>• Упадок сил</li> </ul> <p>При наличии какого-нибудь из перечисленных выше симптомов спросить пациента, нет ли у него:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушений сна</li> <li>• Изменений аппетита</li> <li>• Нарушений концентрации внимания</li> <li>• Снижения полового влечения</li> <li>• Заторможенности</li> <li>• Ощущения собственной никчемности, снижения самооценки</li> <li>• Мыслей о суициде и смерти</li> <li>• Чувства вины.</li> </ul> <p>Если 5 и более из перечисленных симптомов наблюдаются на протяжении более 2 недель, ставят диагноз большой депрессии.</p> <p>Если у больного наблюдаются менее 5 симптомов или переживания и дезадаптация после тяжелой утраты продолжаются более 2 месяцев, то ставят диагноз малой депрессии или осложненной реакции утраты.</p>	<p>Оценить риск суицида, уточнить диагноз: большая депрессия, малая депрессия, осложненная реакция утраты, тяжелые переживания (потеря близких)</p> <p>При подозрении на биполярное расстройство направить пациента к психиатру для решения вопроса о лечении литием.</p> <p>Если нет биполярного расстройства, назначить amitriptyline.</p>	<p>Пациенту необходима поддержка; если есть риск суицида, нельзя оставлять его одного.</p> <p>Консультирование:</p> <p><i>Большая депрессия:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• рассказать пациенту и его близким о необходимости медикаментозного лечения;</li> <li>• направить к психиатру, если это возможно;</li> <li>• обеспечить наблюдение.</li> </ul> <p><i>Малая депрессия или осложненная реакция утраты:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обеспечить консультирование;</li> <li>• лечить бессонницу, если нужно;</li> <li>• наблюдать пациента.</li> </ul>
<p>Суицидальные намерения</p>	<p>Выяснить наличие суицидальных намерений (есть ли план и средства суицида). Если да, то в связи с высоким риском суицида госпитализировать пациента.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не оставлять пациента одного, если есть риск суицида.</li> <li>• Убрать опасные предметы.</li> <li>• Привлечь членов семьи, друзей.</li> </ul>

#### 4.15. Лечение вагинальных выделений, обусловленных раком шейки матки

Таблица 17. Лечение вагинальных выделений, обусловленных раком шейки матки

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Вагинальные выделения, обусловленные раком шейки матки	<b>Метронидазол</b> , вагинальные таблетки	Обеспечить ежедневную гигиену.

#### 4.16. Лечение зуда

Таблица 18. Лечение зуда

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Вагинальные выделения, обусловленные раком шейки матки	<b>Метронидазол</b> , вагинальные таблетки	Обеспечить ежедневную гигиену.
Чесотка, зудящие дерматиты, экзема, дерматофитии, сухость кожи, псориаз	<p><i>Общие принципы</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• На неинфицированные воспаленные участки кожи можно наносить крем с глюкокортикоидами.</li> <li>• Антигистаминные препараты (дифенгидрамин, 25 мг внутрь на ночь) могут облегчить выраженный зуд.</li> <li>• При рецидивирующих инфекциях кожи помогает орошение пораженных участков 0,05% раствором хлоргексидина после купания.</li> <li>• Если зуд обусловлен механической желтухой, можно назначить преднизон или галоперидол внутрь.</li> <li>• При экземе показано осторожное мытье и высушивание кожи. На короткий срок можно назначить глюкокортикоиды местно (не применять на лице).</li> <li>• При дерматофитии наносить мазь Уитфилда (12% бензойной + 6% салициловой кислоты) или другой противогрибковый крем. При обширном поражении назначить флуконазол.</li> <li>• При подозрении на чесотку можно назначить лечение даже в отсутствие типичных элементов.</li> <li>• При псориазе смазывать пораженные участки мазью, содержащей 5% дегтя и 2% салициловой кислоты; полезны солнечные ванны по 30—60 минут в день</li> <li>• Хлорфенирамин, 4 мг 2 раза в сутки – может помочь при сильном зуде.</li> </ul>	<p>Уменьшить зуд помогают следующие меры:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• смазывание зудящих участков вазелином;</li> <li>• умывание водой с добавлением растительного масла (1 столовая ложка масла на 5 л воды);</li> <li>• обтирание после купания 0,05% раствором хлоргексидина</li> <li>• теплые ванны.</li> </ul> <p>При появлении болезненных пузырей на коже или обширного инфекционного поражения кожи обратиться к врачу.</p>

## 4.17. Лечение пролежней

Таблица 19. Лечение пролежней

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
<p>Пролежни</p> <p>Требуют настороженности признаки инфицирования и других осложнений</p>	<p><i>Уход за кожей для профилактики пролежней обязателен для всех больных.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Удостовериться, что нет других очагов инфекции.</li> <li>• Если кожа красная, болезненная, горячая на ощупь, есть гной или корки, имеются лихорадка, или другие общие симптомы или распространение инфекции на мышцы, больного следует госпитализировать, назначить антибиотики в/в или в/м (или клоксациллин внутрь).</li> <li>• Если размер поврежденного участка кожи превышает 4 см или есть красные полосы, или болезненные узлы, или более 2 очагов: назначить флюклоксациллин, при наличии флюктуации дренировать абсцесс, придать конечности возвышенное положение, осмотреть пациента на следующий день.</li> <li>• Если кожа красная, горячая и болезненная, но других симптомов нет, промыть поврежденный участок антисептиком, при наличии флюктуации дренировать абсцесс, осмотреть пациента через 2 дня</li> </ul>	<p><i>Следующие меры помогают уменьшить боль и ускорить заживление пролежней:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Небольшие поврежденные участки осторожно промыть подсоленной водой и дать высохнуть.</li> <li>• Если поражение неглубокое, оставить рану открытой.</li> <li>• При боли регулярно давать анальгетик, например парацетамол или аспирин.</li> <li>• Глубокие или обширные пролежни ежедневно осторожно очищать медом, закрывать чистой легкой повязкой, чтобы ускорить заживление.</li> <li>• При любых изменениях цвета кожи или прогрессировании пролежней обратиться к врачу.</li> </ul> <p><i>Профилактика пролежней у лежащих больных:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• По возможности время от времени сажать больного в кресло.</li> <li>• Чтобы не повреждать кожу, сажая больного в кровати, нужно поднимать его за плечи и подкладывать подушку, а не подтаскивать больного к изголовью.</li> <li>• Часто менять положение больного в кровати (по возможности каждые 1—2 часа), для фиксации положения использовать подушки и валики.</li> <li>• Постельное белье всегда должно быть чистым и сухим.</li> <li>• Подкладывать под больного очень мягкую ткань, например, мягкое хлопчатобумажное полотенце.</li> <li>• Обеспечить гигиену наружных половых органов и промежности.</li> <li>• После купания осторожно промокать кожу мягким полотенцем.</li> <li>• Смазывать кожу кремом, ланолином, косметическим или растительным маслом.</li> <li>• Если у больного недержание кала или мочи, подкладывать клеенку под простыню, чтобы постель была сухой.</li> <li>• Массировать спину, бедра, локти и лодыжки с вазелином.</li> <li>• Если у больного недержание мочи или кала, наносить защитный слой вазелина на кожу промежности, спину, бедра, лодыжки и локти.</li> <li>• При мочеиспускании и дефекации поддерживать больного над судном, чтобы предотвратить повреждение кожи и загрязнение постели.</li> </ul>
<p>Опухоли или язвы с неприятным запахом</p>	<p>Присыпать пораженную область порошком метронидазола (растолочь таблетку)</p>	

## 4.18. Лечение недержания мочи и кала

Таблица 20. Лечение недержания мочи и кала

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Недержание мочи	У мальчиков и мужчин использовать мочеприемник. У девочек и женщин можно установить мочевой катетер.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регулярно менять белье и прокладки.</li> <li>• Поддерживать кожу чистой и сухой, смазывать ее защитными мазями.</li> </ul>
Недержание кала	<b>Лоперамид</b> , чтобы добиться оформленного стула.	

## 4.19. Лечение кашля и одышки

Таблица 21. Лечение кашля и одышки

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Терминальные стадии ХОЗЛ, рака легкого, легочных осложнений ВИЧ-инфекции или других болезней легких Одышка на фоне бронхоспазма	Лечение бронхиальной астмы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингаляции бронходилататора с помощью дозированного ингалятора через буферную насадку или маску или, если есть возможность, через распылитель.</li> <li>• Продолжать лечение бронходилататорами, пока пациент способен пользоваться. Отменить, если дыхание поверхностное или очень затрудненное.</li> <li>• Преднизолон внутрь — эффект оценивают через 2 недели.</li> </ul>	<p><b>Простой кашель:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Домашние средства: мед, лимон, паровые ингаляции (например, с настойкой эвкалипта)</li> <li>• Если появился кашель с мокротой и он сохраняется более 3 недель, возможен туберкулез. Следует получить направление на трехкратное исследование мокроты на микобактерии туберкулеза.</li> </ul> <p><b>Одышка:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Помочь больному принять позу, в которой ему легче дышать (обычно сидя, иногда сидя с небольшим наклоном вперед, положив руки на стол).</li> <li>• Подложить под спину больного подушки.</li> <li>• Обеспечить доступ свежего воздуха: открыть окно, обмахивать больного.</li> <li>• При густой мокроте чаще давать больному питье (это улучшает отхождение мокроты).</li> </ul> <p><b>Правила обращения с мокротой:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обращаться с мокротой осторожно, чтобы избежать распространения инфекции.</li> <li>• Для отхаркивания мокроты дать больному банку с крышкой.</li> <li>• Выливать содержимое банки в унитаз, после чего мыть ее дезинфицирующими средствами, либо обдавать кипятком.</li> </ul>
Одышка на фоне сердечной недостаточности или отеков	Морфин для приема внутрь или трамадол в низких дозах: Если пациент не получал морфин для обезболивания, назначить его в дозе 2,5 мг, если получал — увеличить дозу на 25%. Фуросемид, 40 мг.	
Кашель с густой, вязкой мокротой	Ингаляции физиологического раствора	
Обильная жидкая мокрота	Гиосцина бутилбромид (М- холиноблокатор) 10 мг каждые 8 ч	
Обильная мокрота более 30 мл в сутки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дыхательные упражнения (кашель с открытой голосовой щелью) и постуральный дренаж</li> <li>• К отсасыванию мокроты из трахеи прибегать в крайнем случае, т.к. эта процедура мучительна для пациента</li> </ul>	
Изнуряющий кашель: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Если кашель с мокротой сохраняется более 3 недель, провести трехкратное исследование мокроты на КУБ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначить кодеин, или, при его неэффективности, морфин 2,5—5 мг внутрь, или трамадол.</li> <li>• Лечение туберкулеза — см. раздел IV «Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций».</li> <li>• Пациенты, получающие противотуберкулезное лечение, должны продолжать лечение, чтобы не заражать окружающих.</li> </ul>	
Обучение	Обучить пациента использованию резервных возможностей системы дыхания.	

## 5. Общие принципы ухода за ВИЧ-инфицированными

Таблица 22. Общие рекомендации по уходу за ВИЧ-инфицированными

<p><b>Профилактика инфицирования</b></p>	<p>Членам семьи следует объяснить, что риск инфицирования для ухаживающих за больным СПИДом крайне низок, и тем не менее, следует соблюдать следующие правила:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Манипуляции, при которых происходит контакт с кровью и другими биологическими жидкостями, содержащими ВИЧ, необходимо выполнять в перчатках.</li> <li>• Повреждения кожи должны быть перевязаны (как у больного, так и ухаживающих за ним людей).</li> <li>• Обычные бытовые контакты безопасны (нет необходимости постоянно носить перчатки).</li> <li>• Поверхности, загрязненные кровью, каловыми массами, мочой больного, обрабатывать бытовым чистящим и дезинфицирующим средством.</li> <li>• При мытье столовых приборов, ванны, стирке постельного белья использовать обычные моющие средства.</li> <li>• Одежду и белье, загрязненные кровью, каловыми массами и другими биологическими жидкостями хранить отдельно от остальных вещей для стирки. Дотрагиваясь до загрязненных предметов, защищать руки с помощью бумаги или полиэтилена, либо надевать перчатки.</li> <li>• Зубные щетки, бритвы, иглы и прочие острые предметы, которые могут поранить кожу, должны быть строго индивидуального пользования.</li> <li>• Мыть руки водой с мылом после смены грязного белья и одежды, а также после каждого контакта с биологическими жидкостями больного.</li> </ul>
<p><b>Персистирующая диарея</b> <i>Течение болезни непредсказуемо: на фоне лечения нередко наступает улучшение.</i> Медикаментозное лечение диареи — см. табл. 8</p>	<p><b>Диета:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Морковный суп содержит витамины, минеральные вещества и пектин, который благотворно воздействует на кишечник и улучшает аппетит.</li> <li>• Рис и картофель оказывают закрепляющее действие.</li> <li>• Следует добавлять в рацион бананы и томаты, поскольку они богаты калием.</li> <li>• Вместо трехразового питания перейти на кормление больного 5—6 раз в день маленькими порциями.</li> <li>• Добавлять в блюда мускатный орех, поскольку он замедляет перистальтику.</li> <li>• Исключить из рациона кофе, крепкий чай, алкоголь.</li> <li>• Исключить из рациона сырые продукты, продукты с высоким содержанием жира или клетчатки, холодную пищу.</li> <li>• Попробовать исключить молоко и сыр (йогурт усваивается лучше).</li> <li>• Предлагать пищу, которая больному больше нравится и которую он лучше переносит.</li> </ul>
<p><b>Сложные семейные проблемы</b></p>	<p>Следует оказать поддержку близким больного, которые очень часто сталкиваются со сложными проблемами:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Страх тоже оказаться инфицированными.</li> <li>• Финансовые затруднения.</li> <li>• Атмосфера гнева, осуждения, сожалений вокруг больного.</li> <li>• Перемена ролей в семье (пожилые родители ухаживают за повзрослевшими детьми, маленькие дети ухаживают за родителями, бабушки и дедушки ухаживают за осиротевшими внуками).</li> <li>• Серьезную проблему представляет отторжение обществом.</li> </ul>

**Таблица 23. Обучение членов семьи или социального работника уходу за больным на дому**

Обучите членов семьи или социального работника как справляться с различными симптомами	<ul style="list-style-type: none"> <li>• За одну встречу рассказывайте о нескольких симптомах или обучайте нескольким приемам.</li> <li>• В первую очередь рассказывайте о симптомах и обучайте приемам, которые наиболее актуальны в данном случае.</li> <li>• Наглядно продемонстрируйте, как правильно проводить комплекс лечебной физкультуры, или как правильно набрать точную дозу жидкого лекарственного препарата, например, морфина, в шприц.</li> <li>• Проверьте уровень приобретенных знаний и навыков. Для этого попросите продемонстрировать какой-либо прием или задайте вопрос на понимание материала.</li> <li>• Предложите обращаться к вам за консультацией, если возникнут какие-либо вопросы или трудности.</li> <li>• Убедитесь, что родственники знают, куда и к кому обращаться за помощью. Расскажите, какие возможности существуют по уходу за больным в случае, если они откажутся от ухода на дому.</li> </ul>
Обучите членов семьи или социального работника давать анальгетики	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Объясните, что важно давать препараты по часам, а не дожидаться появления боли.</li> <li>• Больной должен получать следующую дозу препарата до окончания действия предыдущей.</li> <li>• Напишите четкую инструкцию.</li> </ul>
Посоветуйте дополнительные приемы для облегчения боли	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Психологическая поддержка.</li> <li>• Физические методы: массаж (поглаживание, растирание, покачивание, вибрация); холод или тепло; глубокое дыхание.</li> <li>• Психологические методы: отвлечение внимания, музыка, медитация.</li> <li>• Молитва (уважайте религиозные чувства больного).</li> </ul>
Обучите членов семьи давать больному морфин	<p>Морфин для приема внутрь представляет собой сильнодействующий болеутоляющий препарат, который может назначить только врач. Если больному назначен морфин для приема внутрь:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Давайте больному препарат в назначенной дозе строго каждые 4 часа, не дожидаясь появления боли.</li> <li>• Давайте двойную дозу препарата на ночь.</li> <li>• Если боль усиливается, или если боль появилась в промежутке между плановыми приемами препарата, дайте больному дополнительную дозу и сообщите об этом врачу — возможно, больной нуждается в увеличении дозы препарата.</li> <li>• Предупреждайте появление запоров, с помощью домашних средств или препаратов сенны, если у больного нет хронической диареи.</li> </ul> <p>Как дать небольшую дозу препарата с помощью шприца:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Налейте небольшое количество раствора морфина в чашку.</li> <li>• Наберите нужное количество препарата в шприц (до определенной отметки).</li> <li>• Выпустите раствор из шприца в рот больного (на шприце не должно быть иглы).</li> </ul> <p>Как справиться с побочными эффектами:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Тошнота</b> — обычно проходит сама через несколько дней.</li> <li>• <b>Запор</b> — см. табл. 9.</li> <li>• <b>Сухость во рту</b> — давать пить воду маленькими глоточками.</li> <li>• <b>Сонливость</b> — обычно проходит через несколько дней. Если сохраняется или усиливается, дозу следует сократить наполовину и обратиться к врачу.</li> <li>• Потливость или подергивания мышц — обратиться к врачу.</li> </ul>



## 6. Помощь умирающему больному

### 6.1. Приготовления к смерти

- Попытайтесь наладить общение больного с членами семьи.
- Обсудите беспокоящие больного вопросы, например, опеку над детьми, плату за их обучение, источники поддержки для семьи, старые ссоры, расходы на похороны.
- Расскажите больному о том, что его любят, и о нем будут помнить.
- Поговорите о смерти, если больной этого хочет.
- Убедитесь, что больному помогают справиться с чувствами вины или сожаления.
- По желанию больного свяжитесь с его духовным наставником.

### 6.2. Посещение больного

- Проявляйте участие к больному.
- Не оставляйте его одного, держите за руку, слушайте, разговаривайте.

### 6.3. Уход за больным

- Создайте комфортные условия:
  - Смачивайте больному губы, рот, глаза.
  - Поддерживайте чистоту и сухость белья, кожи.
  - Снижайте температуру при лихорадке и облегчайте боль (при необходимости давайте анальгетики круглосуточно).
  - Облегчайте другие симптомы, при необходимости прибегая к лекарственным препаратам.
  - Давайте больному питье, маленькие порции еды по его желанию.
- Поддерживайте с больным физический контакт.

## 7. Направление в службы паллиативной помощи

- Региональным центрам профилактики и борьбы со СПИДом следует координировать направления больных в учреждения и организации, оказывающие паллиативную помощь, в зависимости от нужд больного.
- Другие организации и учреждения, которые планируют направлять больных в службы паллиативной помощи, должны наладить сотрудничество с региональным центром профилактики и борьбы со СПИДом.
- НПО рекомендуется активно сотрудничать с региональным центром профилактики и борьбы со СПИДом, как направляя больных в службы паллиативной помощи, так и предоставляя услуги паллиативной помощи.
- Оказание паллиативной помощи должно предусматривать периодическую оценку состояния пациента и направление его при необходимости на лечение основного заболевания.
- В случае если пациент получает АРТ или любое другое лечение, в том числе заместительную наркологическую терапию, необходимо обеспечить их предоставление (см. раздел II «Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков»).

## 8. Текущий контроль за предоставлением паллиативной помощи

Целью текущего контроля за предоставлением паллиативной помощи является:

- а) непрерывность помощи;
- б) правильное планирование и составление бюджета.

Отчеты должны содержать следующие сведения:

- Число пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи и получающих ее
- Клинические проявления, требующие паллиативной помощи
- Выданные направления
- Потребность в медицинской помощи
- Потребность в ресурсах.



# VI. Профилактика ВИЧ-инфекции у детей (профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку)

## 1. Основные положения

- Данный протокол разработан в рамках борьбы с ВИЧ-инфекцией у новорожденных в Европейском регионе. В ее результате к концу 2010 года должны быть сокращены:
  - распространенность ВИЧ-инфекции среди новорожденных — до 1 случая на 100 000 живых новорожденных;
  - частота передачи ВИЧ от матери ребенку — до менее чем 2%.
- Конец 2010 года — срок, к которому специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу обязалась сократить долю ВИЧ-инфицированных новорожденных на 50%.
- Борьба с ВИЧ-инфекций у новорожденных в каждой стране — политическая обязанность правительства.
- Дискриминация ВИЧ-инфицированных женщин в медицинских учреждениях и обществе должна быть искоренена.
- Права ВИЧ-инфицированных женщин и их детей необходимо защищать.
- Каждый медицинский документ, независимо от наличия в нем сведений о ВИЧ-статусе, является объектом врачебной тайны. Доступ к медицинским документам пациента должны иметь только медицинские работники, принимающие непосредственное участие в его ведении, и только при необходимости.
- Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) — неотъемлемая часть комплексной помощи ВИЧ-инфицированной женщине и ее детям. Мероприятия ППМР должны проводиться всеми соответствующими государственными и негосударственными службами (центрами профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, детскими районными поликлиниками, программами по снижению риска, службами психосоциальной помощи, защиты детей и др.).

### 1.1. Минимальные требования

- Тестирование на ВИЧ в женских консультациях должно быть добровольным. Обязательные компоненты процедуры получения добровольного согласия: предоставление пациентке полной информации и помощь в ее усвоении.
- ВИЧ-инфицированным беременным следует предоставить возможность осознанно решить судьбу своей беременности, для чего их необходимо обеспечить полной информацией о риске передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР) и существующих мерах ППМР.

- Склонять ВИЧ-инфицированную беременную к прерыванию беременности недопустимо.
- Антиретровирусной ППМР по максимально эффективной схеме из доступных необходимо обеспечить каждую ВИЧ-инфицированную женщину, независимо от стадии ВИЧ-инфекции, и ее ребенка. Необходимо обеспечить раннюю диагностику ВИЧ-инфекции у новорожденных методом ПЦР.

### **1.2. Женщины, редко обращающиеся за медицинской помощью (потребительницы инъекционных наркотиков, работницы секс-бизнеса)**

- Женские консультации, тесно сотрудничая с НПО, работающими с местным населением, должны начать и возглавить работу по привлечению в службы дородовой помощи женщин, практикующих рискованные формы поведения.
- Работниц секс-бизнеса и потребительниц инъекционных наркотиков следует оградить от дискриминации. Их следует обеспечивать возможностями ППМР наравне с другими женщинами.

## **2. Первичный осмотр беременной в женской консультации**

- Всем женщинам следует предлагать пройти ТиК. Если получен отрицательный результат тестирования на ВИЧ, женщине следует рассказать о профилактике заражения ВИЧ и снабдить ее средствами защиты (например, презервативами). Если получен положительный результат тестирования на ВИЧ, женщину следует направить на дальнейшее обследование для подтверждения диагноза. Затем необходимо провести послетестовое консультирование в соответствии с протоколом ТиК (см. раздел I «Тестирование и консультирование»).
- Образцы крови беременных, полученные для теста на антитела к ВИЧ, должны быть доставлены в соответствующую лабораторию (см. раздел I «Тестирование и консультирование»).
- В ведении беременной с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией должен участвовать специалист по лечению ВИЧ-инфекции из центра профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа. При назначении лечебных и профилактических мероприятий необходимо учитывать клинический и иммунологический статус беременной.
- ВИЧ-инфицированную беременную необходимо проконсультировать по вопросам риска ПМР, планирования семьи, раскрытия ВИЧ-статуса, безопасных половых контактов (см. раздел I «Тестирование и консультирование»).
- Приступать к антиретровирусной ППМР следует после предварительного консультирования беременной о ее пользе и риске.

## **3. Ведение беременных в женских консультациях и родильных домах**

В подборе антиретровирусной терапии (АРТ) должен участвовать специалист из центра профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа.

### 3.1. Клинические сценарии профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

КЛИНИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ	СРОК БЕРЕМЕННОСТИ
а) Женщина не нуждается в лечении ВИЧ-инфекции (бессимптомное течение)	< 28 недель

АРВ ППМР ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ	АРВ ППМР ПОСЛЕ РОДОВ	ПРИМЕЧАНИЯ	ВЕДЕНИЕ РОДОВ
1) Зидовудин + ламивудин + саквинавир/ритонавир <sup>1</sup> (если доступны), начиная с 28-й недели	<p><b>Мать:</b> после родов отменить все три препарата</p> <p><b>Ребенок:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сироп зидовудина 4 мг/кг внутрь каждые 12 ч в течение 1 недели<sup>2</sup> ИЛИ</li> <li>• Невирапин, 2 мг/кг внутрь однократно после родов ИЛИ</li> <li>• Оба препарата</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дозы АРВ препаратов для беременных такие же как для остальных взрослых.</li> <li>• Из-за тошноты и других осложнений беременности возможны трудности с соблюдением режима терапии.</li> </ul>	Плановое кесарево сечение в 38 недель <sup>3</sup>
2) Зидовудин с 28 недели <ul style="list-style-type: none"> <li>• Во время беременности и родов: зидовудин 300 мг внутрь 2 раза в сутки; невирапин 200 мг внутрь в начале родов однократно</li> </ul>	<p><b>Мать:</b> После родов отменить зидовудин</p> <p><b>Ребенок:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сироп зидовудина 4 мг/кг каждые 12 ч в течение 1 недели<sup>2</sup> ИЛИ</li> <li>• Невирапин, 2 мг/кг внутрь однократно после родов ИЛИ</li> <li>• Оба препарата</li> </ul>	Этот режим используется при недоступности, непригодности или непереносимости комбинации из трех препаратов.	
<b>Альтернативные режимы (не содержащие невирапина)<sup>4</sup></b>			
Начиная с 28 недели беременности и в родах зидовудин	<p><b>Мать:</b> После родов отменить зидовудин</p> <p><b>Ребенок:</b> Сироп зидовудина 4 мг/кг каждые 12 ч в течение 1 недели<sup>2</sup></p>		
Зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг внутрь 2 раза в сутки, начиная с 36 недели	<p><b>Мать:</b> После родов отменить зидовудин + ламивудин</p> <p><b>Ребенок:</b> Сироп зидовудина 4 мг/кг + сироп ламивудина 2 мг/кг каждые 12 ч в течение 1 недели<sup>2</sup></p>	Этот режим можно применять после 34—35 недели беременности, если не доступны ИП	

КЛИНИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ	СРОК БЕРЕМЕННОСТИ
б) Женщина нуждается в лечении ВИЧ-инфекции (тройная АРТ недоступна)	Любой

АРВ ППМР ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ	АРВ ППМР ПОСЛЕ РОДОВ	ПРИМЕЧАНИЯ	ВЕДЕНИЕ РОДОВ
Те же рекомендации, что в сценарии А	<b>Мать:</b> Начать АРТ как можно раньше <b>Ребенок:</b> Согласно схемам ППМР как и для других детей	АРВ ППМР (если она проводилась) не влияет на выбор схемы АРТ первого ряда.	Плановое кесарево сечение в 38 недель <sup>3</sup>

КЛИНИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ	СРОК БЕРЕМЕННОСТИ
с) Женщина нуждается в лечении ВИЧ-инфекции	Любой

АРВ ППМР ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ	АРВ ППМР ПОСЛЕ РОДОВ	ПРИМЕЧАНИЯ	ВЕДЕНИЕ РОДОВ
Зидовудин <sup>5</sup> +ламивудин + невирапин <sup>6</sup>	<b>Мать:</b> Продолжать лечение той же схемой терапии <b>Ребенок:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сироп зидовудина внутрь 4 мг/кг каждые 12 ч в течение 1 недели<sup>2</sup></li> <li>• Невирапин 2 мг/кг внутрь однократно ИЛИ</li> <li>• Оба препарата</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначают схему АРТ первого ряда для взрослых. За исключением тяжелобольных лечение начинают со II триместра.</li> <li>• Лечение такое же как у небеременных, за исключением ифавиренца (не использовать в I и II триместрах).</li> <li>• В первые две недели лечения невирапином используют половинную дозу<sup>7</sup>.</li> </ul>	Плановое кесарево сечение в 38 недель <sup>3</sup>

КЛИНИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ	СРОК БЕРЕМЕННОСТИ
д) Женщина получала АРТ по поводу ВИЧ-инфекции до беременности	Любой

АРВ ППМР ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ	АРВ ППМР ПОСЛЕ РОДОВ	ПРИМЕЧАНИЯ	ВЕДЕНИЕ РОДОВ
Продолжать лечение прежней схемой. В течение I триместра лечение не отменять. Если женщина получала ифавиренц, заменить его на невирапин или ИП, если она на I или II триместре. Если женщина получает препараты второго ряда сопоставить пользу и риск. Продолжать лечение прежней схемой во время беременности и родов.	<b>Мать:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• После родов продолжить лечение прежней схемой</li> </ul> <b>Ребенок:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сироп зидовудина внутрь 4 мг/кг каждые 12 ч в течение 1 недели ИЛИ</li> <li>• невирапин однократно 2 мг/кг внутрь после рождения ИЛИ</li> <li>• оба препарата</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заменить ифавиренц на невирапин или ИП, если женщина на I или II триместре беременности</li> </ul> Не назначать комбинацию stavудина с диданозином <sup>8</sup> . Заменить один из компонентов комбинации на зидовудин или другой НИОТ.	Плановое кесарево сечение в 38 недель <sup>3</sup>

КЛИНИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ	СРОК БЕРЕМЕННОСТИ
е) Женщина поступила со схватками. Диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден, либо в родильном отделении получен положительный результат экспресс-теста на ВИЧ	В родах

АРВ ППМР ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ	АРВ ППМР ПОСЛЕ РОДОВ	ПРИМЕЧАНИЯ	ВЕДЕНИЕ РОДОВ
Профилактика невирапином • В начале родов невирапин 200 мг внутрь однократно <sup>8</sup>	<b>Мать:</b> • Обследование <b>Ребенок:</b> Сироп зидовудина 4 мг/кг каждые 12 ч в течение 4 недель + невирапин 2 мг/кг однократно через 72 ч после рождения <sup>9</sup>	Если женщина поступила со схватками, а ее ВИЧ-статус не известен, рекомендуется экспресс-тестирование на ВИЧ и послеродовое консультирование	Роды ведут через естественные родовые пути, избегая инвазивных процедур (взятия крови из головки плода, эпизиотомии и др.)

КЛИНИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ	СРОК БЕРЕМЕННОСТИ
ф) Женщина, больная туберкулезом, и получающая АРТ	

АРВ ППМР ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ	АРВ ППМР ПОСЛЕ РОДОВ	ПРИМЕЧАНИЯ	ВЕДЕНИЕ РОДОВ
Следовать рекомендациям по лечению ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом			Плановое кесарево сечение в 38 недель <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Если саквинавир/ритонавир не доступен, можно использовать нелфинавир, при условии, что женщина не больна туберкулезом.

<sup>2</sup> Если антенатальную АРВ-профилактику мать получала < 4 недель, профилактику ребенку продлевают до 4 недель.

<sup>3</sup> По возможности определяют вирусную нагрузку; если она ниже 1000 мл<sup>-1</sup>, роды можно вести естественным путем.

<sup>4</sup> Учитывают риск развития устойчивости после однократного приема невирапина в родах, которая может сократить выбор препаратов для последующего лечения женщины.

<sup>5</sup> При непереносимости зидовудина или анемии зидовудин можно заменить на ставудин.

<sup>6</sup> При числе лимфоцитов > 250 мкл<sup>-1</sup>, риск гепатотоксичности невирапина возрастает в 12 раз. Рекомендуется внимательно следить за показателями функции печени в течение первых 18 недель лечения невирапином.

<sup>7</sup> При появлении токсичности невирапина, заменить невирапин на ИП или продолжать лечение одним зидовудином.

<sup>8</sup> Применение комбинации ставудина с диданозином во время беременности опасно развитием лактацидоза с летальным исходом.

<sup>9</sup> Если женщина не получила дозу невирапина или приняла его менее чем за 2 ч до рождения ребенка, новорожденному назначают две дозы невирапина: первую сразу после рождения, вторую — через 72 ч.

### 3.2. Особенности ведения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в родильном доме

- Собрать наркологический анамнез; провести диагностику расстройств, связанных с употреблением наркотиков.
- После консультации нарколога назначить заместительную терапию (метадоном или другими опиоидами), проводить ее в течение всего периода пребывания женщины в родильном доме.

- Лечение синдрома отмены у новорожденного, проводится неонатологом.

## **4. Необходимые направления**

### **4.1. Направления из женской консультации**

- В группы поддержки для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом — направляют всех ВИЧ-инфицированных женщин.
- В программы снижения вреда от наркотиков — направляют потребительниц инъекционных наркотиков.

### **4.2. Направления из родильного дома**

- В поликлинику по месту жительства — для дальнейшей медицинской помощи.
- В специализированные клиники для ВИЧ-инфицированных — для продолжения лечения ВИЧ-инфекции.
- В женские консультации по месту жительства — для подбора метода контрацепции в послеродовом периоде.
- В детскую поликлинику по месту жительства — для дальнейшего медицинского обслуживания новорожденного; при необходимости в центры профилактики и лечения ВИЧ/СПИДА — для продолжения лечения новорожденного.
- В центр профилактики и лечения ВИЧ/СПИДА и детскую поликлинику по месту жительства, необходимо отправить подробный отчет о схемах АРТ, которые получали мать и новорожденный в родильном доме.

## **5. Ведение новорожденных в родильном доме**

### **5.1. Иммунизация**

- Все дети, родившиеся у ВИЧ-инфицированных матерей, должны быть иммунизированы против туберкулеза вакциной БЦЖ в родильном доме по общему графику для новорожденных.

### **5.2. Вскармливание**

- Необходимо предупредить всех матерей о риске передачи ВИЧ ребенку при грудном вскармливании и дать рекомендации по рациональному искусственному вскармливанию.
- Если младенец находится на искусственном вскармливании, необходимо убедить мать никогда не прикладывать его к груди.
- Медицинские работники должны удостовериться в том, что мать научилась готовить смесь для искусственного вскармливания и давать ее ребенку с соблюдением правил безопасности.
- Матерей необходимо попросить принести ребенка на осмотр в детскую поликлинику по месту жительства через 2 недели после родов, чтобы врачи убедились в отсутствии каких-либо проблем со вскармливанием.

## **6. Ведение детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами**

- Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, получают базовую медицинскую помощь в детских поликлиниках и центрах профилактики и лечения ВИЧ/СПИДА.
- Независимо от ВИЧ-статуса детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, их регулярные осмотры чрезвычайно важны, поскольку в этой группе показатели заболеваемости и смертности повышены.



## **6.1. Рекомендуемые сроки плановых медицинских осмотров**

- При рождении.
- На 2-й неделе жизни.
- В 6, 10 и 14 недель.
- С 14 недель до 12 месяцев — ежемесячно.
- С 12 месяцев до 24 месяцев — раз в 3 месяца.

## **6.2. Содержание планового медицинского осмотра**

- Диагностика основных заболеваний, при необходимости — подбор терапии.
- Выявление неспецифических симптомов ВИЧ-инфекции.
- Тестирование на ВИЧ (по показаниям).
- Оценка психического и физического развития, профилактика:
  - оценка динамики роста, веса, психического развития;
  - вакцинация в соответствии с прививочной картой;
  - медикаментозная профилактика пневмоцистной пневмонии (по показаниям);
  - скрининговое исследование на туберкулез;
  - лечение анемии (по показаниям);
  - рекомендации по вскармливанию (питанию) и, при необходимости, по уходу (дают матери или другому лицу, ухаживающему за ребенком).

## **6.3. Тестирование на ВИЧ**

- Первичная диагностика ВИЧ у ребенка проводится через 48 ч после его рождения. Используют ПЦР на ДНК ВИЧ (пуповинная кровь для тестирования не используется, поскольку может быть загрязнена материнской кровью). При отрицательном результате теста повторно ПЦР проводят в трехмесячном возрасте. Положительный результат ПЦР — основание для предварительного диагноза ВИЧ-инфекции. Окончательный диагноз устанавливают по данным повторной ПЦР на ДНК ВИЧ с другим образцом крови.
- Если ПЦР выполнить невозможно, в возрасте 15—18 месяцев проводят исследование крови ребенка на антитела к ВИЧ. Положительный результат свидетельствует о наличии у ребенка ВИЧ-инфекции. Если ребенок находится на грудном вскармливании ВИЧ-инфицированной матерью, и в 18 месяцев в его крови антитела к ВИЧ отсутствуют, исследование необходимо повторить через 6 месяцев — после прекращения грудного вскармливания (если до этого срока у ребенка появятся признаки, указывающие на возможную ВИЧ-инфекцию, исследование проводят раньше).
- При тестировании на ВИЧ ребенка консультирование проводят с родителями (или лицами, ухаживающими за ребенком). В ходе консультирования врач должен разъяснить значение результатов обследования и необходимость дополнительных тестов для окончательного выяснения ВИЧ-статуса ребенка.

## **6.4. Профилактика пневмоцистной пневмонии**

- Профилактика пневмоцистной пневмонии показана всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами. Ее продолжительность должна составлять не менее 6 месяцев или до окончательного исключения ВИЧ-инфекции у ребенка (предпочтительно). Профилактику начинают в возрасте 4–6 недель. Рекомендуемая схема: триметоприм/сульфаметоксазол, по 150/750 мг/м<sup>2</sup> в сутки, внутрь в 2 приема 3 раза в неделю (три дня подряд — например, в понедельник, вторник и среду). В возрасте 2-х и 4-х месяцев необходимо оценить переносимость препарата ребенком и соблюдение режима профилактики. Если соблюдение рекомендаций кажется сомнительным, желательно перевести ребенка на ежедневный прием препарата в той же дозе.

- Детям с окончательным диагнозом ВИЧ-инфекции профилактику пневмоцистной пневмонии продолжают до возраста 12 месяцев.
- Постоянная профилактика пневмоцистной пневмонии показана ВИЧ-инфицированным детям старше 12 месяцев с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, долей лимфоцитов CD4 <15% (если данные имеются) или пневмоцистной пневмонией в анамнезе.

### **6.5. Иммунизация**

- Всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами, следует проводить иммунизацию по возрасту.
- Детям с отрицательным ВИЧ-статусом или предварительным диагнозом ВИЧ-инфекции иммунизацию (в том числе вакцинацию БЦЖ) следует проводить в соответствии с принятым в стране календарем прививок.
- Иммунизация ВИЧ-инфицированных детей должна быть максимально приближена к общему календарю прививок.
- Существует только три противопоказания для иммунизации.
  - 1) Вакцинация БЦЖ противопоказана детям с симптомами ВИЧ-инфекции или СПИДом (в остальном иммунизация проводится без изменений).
  - 2) АКДС противопоказана детям, у которых в течение трех дней после ее введения возникли шок или судороги, в дальнейшем вместо АКДС вводят АДС.
  - 3) АКДС противопоказана детям с рецидивирующими судорогами или заболеваниями ЦНС, вместо нее используют АДС.

### **7. Текущий контроль и итоговая оценка**

См. раздел «Текущий контроль за предоставлением профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку» в части 2 «Контроль за предоставлением помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе».

# VII. Антиретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции у детей

## 1. Основные положения

С 1996 года состояние здоровья ВИЧ-инфицированных детей в странах Северной Америки и Западной Европы заметно улучшилось. Это произошло благодаря внедрению эффективных мер, в числе которых широкое распространение методов клинической и лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, применение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и усовершенствование профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции у детей. В Восточной Европе заражение детей ВИЧ происходит в основном в перинатальном периоде. Поскольку число случаев СПИДа среди детей в этих странах возрастает, необходимо срочно принять меры по увеличению продолжительности жизни и улучшению качества жизни ВИЧ-инфицированных детей.

Стратегия антиретровирусной терапии (АРТ) при ВИЧ-инфекции у детей должна быть основана на следующих принципах:

- АРТ должна быть доступной и проводиться в рамках комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным детям.
- Детям, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами, необходимо назначать АРТ в соответствии с протоколами профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР).
- Педиатры должны вести общее наблюдение за состоянием детей, а также направлять их к специалистам по лечению ВИЧ-инфекции для оценки динамики ВИЧ-инфекции и назначения АРТ.
- АРТ следует проводить в соответствии с протоколами по АРТ у детей.
- Снабжение качественными АРВ препаратами должно быть постоянным и достаточным.

Сроки начала, схемы и продолжительность ВААРТ у детей следует определять на основании адаптированных к условиям конкретной страны подробных рекомендаций ВОЗ по АРТ в условиях ограниченных ресурсов. С этой целью в стране могут быть созданы региональные либо национальные экспертные комиссии, которые будут регулярно обновлять клинические рекомендации и протоколы по АРТ, наблюдению и лечению ВИЧ-инфицированных детей.

Уход за ВИЧ-инфицированным ребенком, получающим АРТ, сложен, поэтому родителям (или лицам, ухаживающим за ребенком) необходимо обеспечить свободный доступ к медицинским работникам, способным дать соответствующую консультацию. Чтобы улучшить ведение ВИЧ-инфицированных детей и помочь лицам, которые за ними ухаживают, необходимо создавать многопрофильные бригады специалистов семейной медицины. В них следует включать врачей, медицинских сестер, психолога и социальных работников. Создание таких бригад позволяет оградить ВИЧ-инфицированного ребенка от дискриминации и обеспечивает его всесторонней помощью в атмосфере безопасности, доверия и тепла.

## 2. Цели АРТ

Цель комбинированной АРТ ВИЧ-инфекции у детей — предотвратить клиническое прогрессирование

ВИЧ-инфекции, сохранив и восстановив функцию иммунной системы. Для этого необходимо максимально подавить репликацию ВИЧ в организме ребенка.

### 3. Подготовка к АРТ

Подготовка к АРТ заключается в оценке состояния ребенка и консультировании ухаживающих за ним лиц

Регулярные медицинские осмотры — основа оценки физического развития, заболеваемости и смертности ВИЧ-инфицированных детей. В течение первых 2 лет жизни ВИЧ-инфицированных детей рекомендуется осматривать в те же сроки, что и детей с неизвестным ВИЧ-статусом, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. Своевременно выявлять детей, нуждающихся в АРТ, и, соответственно, улучшить ее результаты, позволяет проведение медицинских осмотров в указанные ниже сроки.

- При рождении.
- На 2-й неделе жизни.
- В 6, 10 и 14 недель.
- С 14 недель до 12 месяцев — ежемесячно.
- С 12 месяцев до 24 месяцев — раз в 3 месяца
- С 24 месяцев — каждые 6 месяцев. При возникновении симптомов ВИЧ-инфекции требуются более частые осмотры.

Перед началом АРТ каждого ребенка необходимо полностью обследовать. Заключение о состоянии его здоровья должна составить многопрофильная бригада, в составе которой должны быть педиатр, специалист по ВИЧ-инфекции, медицинская сестра соответствующей квалификации, психолог и социальный работник. Бригада должна как можно более тесно сотрудничать с представителями общественных организаций, в том числе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, и предлагать их помощь семьям ВИЧ-инфицированных детей.

#### 3.1. Регистрация ребенка

Регистрация ребенка осуществляется медицинской сестрой.

Необходимые сведения о ребенке: дата рождения, пол, адрес, посещаемое детское учреждение, сведения об ухаживающих лицах.

#### 3.2. Антропометрические данные

Сбор и регистрацию данных проводит медицинская сестра.

- **Вес:** определить, записать в медицинскую карту, отметить на диаграмме «вес/возраст». Вес служит главным параметром для коррекции АРТ, и точность его определения очень важна.
- **Рост:** определить, записать в медицинскую карту, отметить на диаграмме «вес/рост». Рост детей младше 2 лет измеряют в положении лежа, детей старше 2 лет — в положении стоя.
- **Окружность головы:** измеряют у детей младше 2 лет.

#### Примечания:

- Краткосрочную динамику физического развития оценивают по диаграмме «вес/рост».
- Долгосрочную динамику физического развития оценивают по диаграмме «вес/возраст».
- Диаграмма «возраст/вес» применяется только для оценки динамики физического развития за очень длительный период.
- На диаграммах физического развития следует отмечать дату измерений.
- Данные должны быть точными, определять их следует тщательно и по всем правилам (ребенок должен быть без обуви и т. д.).

#### 3.3. Оценка питания

Оценка качества питания проводится медицинской сестрой или врачом; может потребоваться присутствие социального работника.

В первую очередь следует оценить рацион и пищевой анамнез. Питательную ценность и

сбалансированность рациона оценивают либо по устным данным о суточном рационе (ребенка или сопровождающего взрослого просят вспомнить, что ребенок ел за прошедшие 24 часа или обычно съедает за сутки), либо по дневнику питания за 3 суток (его ведет ребенок или взрослый).

Необходимо выяснить, какие продукты (смеси, напитки, грудное молоко) и в каком количестве ест ребенок. Другие важные сведения: длительность приема пищи, аппетит, наличие нарушений жевания, сосания и глотания, случаи тошноты, рвоты, диареи, боли в животе или отказа от еды, непереносимость пищевых продуктов, пищевая аллергия, быстрая утомляемость. Кроме того, следует выяснить, кто кормит ребенка и готовит для него еду.

При наличии признаков недостаточного питания следует выяснить его причину. Она может быть как медицинской, так и социальной. При выраженном истощении необходимо назначить соответствующее лечение или госпитализировать ребенка. После выписки из больницы необходимо наблюдать ребенка амбулаторно.

### **3.4. Оценка социального статуса**

Оценка социального статуса проводится медицинской сестрой, социальным работником, либо представителем общественной организации.

Необходимо выяснить, кто ухаживает за ребенком, и договориться о посещении на дому. Во время посещения следует оценить жилищные и санитарно-гигиенические условия проживания ребенка, проверить наличие воды, отвечающей санитарным нормам, и холодильника. Важно найти в доме безопасное место для хранения лекарств.

Необходимо выяснить характер взаимоотношений в семье и оценить способность человека, ухаживающего за ребенком, соблюдать врачебные назначения. Все сведения должны быть записаны и вложены в медицинскую карту ребенка; они учитываются при решении вопроса о начале АРТ. Если при посещении на дому были обнаружены какие-либо недостатки, необходимо предложить пути их исправления.

### **3.5. Оценка психологического статуса**

Оценка психологического статуса проводится психологом или врачом.

Необходимо определить, нуждаются ли ребенок или ухаживающий за ним человек в помощи или поддержке в связи с началом АРТ. Первое средство помощи и поддержки для детей и родителей — специальные семинары, после которых проводятся индивидуальные или групповые беседы. Кроме того, следует организовывать и распространять группы родительской взаимопомощи, в которых родители, имеющие опыт АРТ своих детей, поддерживают родителей, детям которых АРТ только назначена. Такой подход способствует стабильности лечения ребенка и повышению качества жизни его семьи.

### **3.6. Консультирование лиц, ухаживающих за ребенком**

Консультирование лиц, ухаживающих за ребенком проводится медсестрой и врачом.

Перед началом АРТ необходимо проконсультировать родителей и других лиц, ухаживающих за ребенком. Ниже перечислены вопросы, которые следует осветить.

- Вскармливание и питание ВИЧ-инфицированного ребенка: оптимальный рацион из местных продуктов, рекомендации по применению пищевых добавок, особенности питания при ВИЧ-инфекции с нарушением аппетита или способности принимать пищу. Если ребенок грудной, необходима консультация по вскармливанию.
- Профилактика инфекций, в том числе пневмоцистной пневмонии, туберкулеза (по показаниям). Важность профилактических прививок.
- Случаи, в которых необходимо обратиться к врачу, признаки частых заболеваний у ВИЧ-инфицированных детей, требующие срочной диагностики и лечения.
- Важность строгого соблюдения режима АРТ.

### **3.7. Клиническое обследование**

Клиническое обследование проводится врачом. Необходимо оценить признаки прогрессирования ВИЧ-инфекции. Следует собрать данные о наличии сопутствующих ВИЧ-инфекции заболеваний, в том числе в анамнезе, о контактах с инфекционными больными. Необходимо выявить сопутствующие заболевания, которые могут повлиять на выбор схемы АРТ (например, туберкулез), и оценить их клиническую картину. По результатам клинического обследования следует определить клиническую стадию ВИЧ-инфекции и записать диагноз в медицинскую карту ребенка, указав дату.

### 3.8. Лабораторные исследования

- В медицинской карте должны находиться результаты обследования на ВИЧ: у детей младше 18 месяцев — данные ПЦР, у детей старше 18 месяцев — данные ИФА (ELISA) и иммуноблоттинга.
- Клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, общее количество лимфоцитов).
- Активность печеночных ферментов (АЛТ, АСТ).
- Уровень лимфоцитов CD4 (у детей до 6 лет определяют абсолютное количество и процентное содержание) — по возможности.
- Дополнительные исследования: уровни билирубина, креатинина и глюкозы, общий анализ мочи.

### 3.9. Анамнез АРТ, в том числе прием АРВ препаратов матерью во время беременности и родов

Если мать ребенка принимала АРВ препараты во время беременности (в рамках ПППР или по поводу ВИЧ-инфекции), ребенок может быть инфицирован устойчивым к ним штаммом ВИЧ.

Особенно часто к этому приводит прием матерью невирапина или ламивудина в родах, поскольку устойчивость к ним возникает в результате единственной точечной мутации.

## 4. Показания к АРТ

ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ ЛИМФОЦИТОВ CD4	ВОЗРАСТ	ДАННЫЕ ТЕСТОВ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ	ПОКАЗАНИЯ К АРТ
Имеются	<18 месяцев	Выявлен ВИЧ*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• III стадия ВИЧ-инфекции (СПИД) по классификации ВОЗ (см. Приложение VII-D), независимо от уровня лимфоцитов CD4**</li> <li>• I (бессимптомная) или II стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и доля лимфоцитов CD4 &lt;20%***</li> </ul>
		Выявить ВИЧ невозможно; присутствуют антитела к ВИЧ или ребенок рожден ВИЧ-инфицированной женщиной ( <i>Примечание:</i> для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции необходимо повторно определить антитела к ВИЧ в возрасте 18 месяцев)	III стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ (СПИД) и доля лимфоцитов CD4 <20%
	>18 месяцев	Выявлены антитела к ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• III стадия ВИЧ-инфекции (СПИД) по классификации ВОЗ, независимо от уровня лимфоцитов CD4**</li> <li>• I (бессимптомная) или II стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ и доля лимфоцитов CD4 &lt;15%***</li> </ul>
Получить невозможно	<18 месяцев	Выявлен ВИЧ	III стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ**
		Выявить ВИЧ невозможно; присутствуют антитела к ВИЧ или ребенок рожден ВИЧ-инфицированной женщиной	АРТ не рекомендуется****
	>18 месяцев	Выявлены антитела к ВИЧ	III стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ**

*	Положительная ПЦР на ДНК или РНК ВИЧ, либо положительный результат ловушечного ИФА на антиген р24.
**	АРТ показана также при развернутой II стадии ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, в частности, при тяжелом рецидивирующем или персистирующем кандидозе полости рта (не у новорожденного), похудании, лихорадке или тяжелых рецидивирующих бактериальных инфекциях, независимо от уровня лимфоцитов CD4.
***	Принимая решение о начале АРТ, следует учитывать степень сокращения уровня лимфоцитов CD4.
****	Многие симптомы II и III стадий ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ (см. Приложение VII-D) не специфичны для ВИЧ-инфекции. В районах с ограниченными ресурсами они могут наблюдаться у детей, не инфицированных ВИЧ. В связи с этим детям младше 18 месяцев, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами, если у них не выявлен ВИЧ и не определен уровень лимфоцитов CD4, назначать АРТ только по клинической картине не рекомендуется.

- АРТ нельзя назначать на фоне любой острой инфекции, предварительно необходимо провести ее лечение.
- Уровень лимфоцитов CD4 определяют (если возможно) после исчезновения симптомов острой инфекции.

## 5. Схемы АРТ

### 5.1. Схемы АРТ первого ряда

Схемы АРТ первого ряда детям назначают из тех же соображений, что и взрослым. Кроме того, в расчет принимаются особенности фармакокинетики и наличие препаратов в лекарственных формах для детей. (Приложение VII-A)

Анамнез АРТ (в том числе прием АРВ препаратов матерью во время беременности и родов), сопутствующие заболевания	СХЕМА АРТ ПЕРВОГО РЯДА*
Дети, не подвергавшиеся воздействию АРВ препаратов: у них отсутствует риск взаимодействия препаратов и лекарственной устойчивости	зидовудин** + ламивудин + невирапин <i>или</i> зидовудин** + ламивудин + ифавиренц ***
Дети, подвергавшиеся воздействию невирапина в результате ППМР	зидовудин** + ламивудин + лопинавир/ритонавир <i>или</i> зидовудин** + ламивудин + нелфинавир
Больные туберкулезом ****	зидовудин** + ламивудин + абакавир <i>или</i> зидовудин** + ламивудин + ифавиренц***
*    Необходимы АРВ препараты в лекарственных формах для детей (жидкие лекарственные формы для детей младше 6 лет), обеспечивающие точную дозировку. **    Схемы АРТ, включающие зидовудин, противопоказаны детям с анемией. ***   Для детей старше 3 лет ****   АРТ следует начинать не ранее чем через 2 месяца интенсивной противотуберкулезной терапии. Если ситуация позволяет, АРТ лучше отложить до завершения полного курса противотуберкулезной терапии. Это позволяет избежать негативных последствий взаимодействия рифампицина с АРВ препаратами. Кроме того, при одновременном назначении АРТ и противотуберкулезных препаратов повышен риск несоблюдения режима терапии. Более раннее начало АРТ может быть целесообразно, если у ВИЧ-инфицированного ребенка с туберкулезом наблюдаются выраженные проявления ВИЧ-инфекции и/или тяжелый иммунодефицит.	

### 5.1.1. Критерии анемии у детей

		АНЕМИЯ
Ребенок младшего детского возраста	6 месяцев – 6 лет	НЬ <70 г/л
Ребенок старшего детского возраста	7–12 лет	НЬ <80 г/л
Подросток	>12 лет	НЬ <90 г/л (Гематокрит <30%)

### 5.1.2. Замена схемы АРТ

Необходимость изменить схему АРТ бывает обусловлена либо неэффективностью терапии, либо неприемлемыми побочными эффектами. Менять схему АРТ должен врач, который назначал первоначальное лечение. Прежде чем назначать новую схему АРТ, необходимо убедиться, что ребенок получал препараты строго по расписанию. Если необходимость перехода на новый режим АРТ обусловлена неэффективностью терапии, следует все три препарата заменить одновременно.

## 5.2. Схемы АРТ второго ряда

ИСХОДНАЯ СХЕМА АРТ	РЕКОМЕНДУЕМАЯ СХЕМА ВТОРОГО РЯДА
зидовудин + ламивудин + невирапин <i>или</i> зидовудин + ламивудин + ифавиренц	абакавир + диданозин + лопинавир/ритонавир <i>или</i> абакавир + диданозин + нелфинавир
зидовудин + ламивудин + нелфинавир <i>или</i> зидовудин + ламивудин + лопинавир/ритонавир	абакавир + диданозин + невирапин <i>или</i> абакавир + диданозин + ифавиренц
*Если ребенок может глотать капсулы, а разовую дозу препарата (рассчитанную по весу или площади тела) составляет целое число капсул, ему можно назначить также саквинавир/ритонавир или индинавир/ритонавир	

**Примечание.** Доказано, что зидовудин и ставудин являются антагонистами. Комбинировать их нельзя.

## 6. График регулярных осмотров детей, получающих АРТ

	СРОК ОСМОТРА	АНТРОПО- МЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ	ОСМОТР	ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
1-й осмотр	Через 2 недели после начала АРТ	+	+	Клинический анализ крови, активность печеночных ферментов; общий анализ мочи
2-й осмотр	Через месяц после первого осмотра	+	+	Клинический анализ крови, активность печеночных ферментов; общий анализ мочи
Последующие осмотры <sup>1</sup>	Каждые три месяца, если нет потребности в более частых осмотрах	+	+	Клинический анализ крови, активность печеночных ферментов. Уровень лимфоцитов CD4 определяют раз в 3–4 месяца, если нет показаний для более частых исследований
<sup>1</sup> – Если схема содержит невирапин, в течение первых 18 мес лечения каждые 4 недели определяют биохимические показатели функции печени.				



## 7. Контроль эффективности АРТ

### 7.1. Контроль клинических показателей (роста, веса, общего состояния)

Физическое развитие здоровых детей происходит постоянно, это проявляется прибавкой веса и роста. У ВИЧ-инфицированных детей с иммунодефицитом оно останавливается. С началом же АРТ оно резко ускоряется. Ниже обозначены основные клинические показатели, позволяющие судить об эффективности АРТ.

- Диаграммы «вес/рост» (в отсутствие возможности определить уровень лимфоцитов CD4 диаграммы физического развития становятся основными средствами оценки эффективности лечения). Когда показатели физического развития ребенка, получающего АРТ, не укладываются в рамки указанных на диаграмме перцентилей, необходимо искать причину задержки физического развития. Основных причин две:
  - оппортунистическая инфекция (в этом случае кривая диаграммы резко опускается).
  - несоблюдение режима терапии (в этом случае кривая опускается плавно)
- Психомоторное развитие.
- Неврологические нарушения, включая симптомы энцефалопатии.
- Инфекционные заболевания: вид и частота.

### 7.2. Контроль лабораторных показателей

- Уровень CD4 лимфоцитов (при наличии возможности)
- Клинический анализ крови
- Активность печеночных ферментов (АЛТ, АСТ)
- Дополнительные исследования: в зависимости от схемы АРТ и побочных эффектов препаратов.

## 8. Коррекция доз АРВ препаратов по весу ребенка

Дозы АРВ препаратов необходимо корректировать по весу ребенка каждые 3 месяца, в противном случае дозы со временем станут недостаточными, что чревато возникновением резистентных штаммов ВИЧ. Дозы рассчитывают либо в мг/кг, либо в мг/м<sup>2</sup>. Важно придерживаться стандартного метода расчета доз, чтобы корректировать их могли не только специалисты в АРТ.

## 9. Текущий контроль соблюдения режима АРТ

Проводится медицинской сестрой, социальным работником и врачом.

Оценить соблюдение режима терапии можно по формуле:

$$(N_b - N_o) / N_d \times 100\%$$

где  $N_b$  — число выданных таблеток;  $N_o$  — число оставшихся таблеток;  $N_d$  — число таблеток, которые пациент должен был принять за данный промежуток времени.

В идеале этот показатель должен быть равен 100%. Если пациент принял более 95% необходимого числа таблеток, считается, что он соблюдает режим терапии хорошо.

Добиться хорошего соблюдения режима терапии позволяет ряд правил.

- Прежде всего: установить, кто будет ухаживать за ВИЧ-инфицированным ребенком. Он должен иметь возможность ежедневно в одно и то же время давать ребенку АРВ препараты, приводить ребенка на осмотры, каждый месяц забирать новый комплект АРВ препаратов из поликлиники.
- Обсудить, как давать горькие препараты. Это особенно важно, если АРТ назначена маленькому ребенку: он может отказываться принимать препарат или выплевывать его, и соблюдать режим и дозировку будет крайне сложно.
- Выдать ухаживающему за ребенком лицу памятку по режиму лечения. Обсудить возможные препятствия для соблюдения режима и пути их устранения.

- Рассмотреть все стороны жизни ребенка, способные повлиять на соблюдение режима АРТ: режим сна и питания, школьное расписание и т. д.
- Рассказать ребенку и ухаживающим за ним лицам принципы воздействия АРВ препаратов на ВИЧ. Они должны понять, что строгое соблюдение режима АРТ необходимо и для максимальной эффективности лечения, и для профилактики лекарственной устойчивости.
- Старшие дети (обычно старше 7—8 лет) иногда лучше соблюдают режим АРТ, если знают о своей болезни. Оценивая целесообразность раскрытия ребенку его ВИЧ-статуса, следует учесть возраст, уровень развития и особенности социального окружения ребенка. Рассказывать ребенку о его болезни необходимо в доступной форме.
- Выяснить представления ребенка и лица, ухаживающего за ребенком, о ВИЧ-инфекции.
- В доступной форме рассказать ребенку и лицу, ухаживающему за ребенком, о ВИЧ-инфекции, правилах питания и лечения.
- Использовать вспомогательные средства, способствующие соблюдению режима АРТ:
  - недельное расписание приема препаратов;
  - обучающие сказки и игры по ВИЧ-инфекции, питанию и ВААРТ;
  - коробочки для лекарств;
  - будильник.
- Желательно организовать «Группу детской взаимопомощи». Такие группы создают при клиниках, ВИЧ-инфицированные дети приходят в них на целый день и вместе участвуют в обучающих играх. Эти группы помогают детям понять, что они не одиноки и есть другие дети, инфицированные ВИЧ. У взрослых, ухаживающих за ВИЧ-инфицированными детьми, появляется возможность пообщаться друг с другом.

## 10. Выявление и лечение побочных эффектов

- При возникновении побочных эффектов необходимо подробно разъяснить лицам, ухаживающим за ребенком, и самому ребенку их причины. Основные меры борьбы с побочными эффектами: симптоматическая терапия, коррекция режима АРТ, при появлении обычных преходящих побочных эффектов — психологическая поддержка (см. Приложение VII-B).
- В начале терапии все АРВ препараты обычно оказывают преходящее побочное действие: тошноту, рвоту, диарею.
- В большинстве случаев при сохранении выраженных побочных эффектов АРВ препарата в течение 4–6 недель его необходимо заменить. Иногда неизвестно, какой именно препарат оказывает побочное действие (в частности, тошноту вызывают почти все АРВ препараты), и в таком случае, меняют всю схему. Появление тяжелых побочных эффектов (например, реакции гиперчувствительности на абакавир, панкреатита) служит показанием к отмене препарата.
- При смене режима терапии необходимо избегать комбинаций препаратов, вызывающих сходные побочные реакции.
- При возникновении угрожающих жизни побочных эффектов (см. Приложение VII-C) больного необходимо немедленно госпитализировать в отделение интенсивной терапии, персонал которого должен уметь справляться с синдромами, обусловленными побочным действием АРТ. При отмене АРТ прием всех препаратов прекращают одновременно.

## 11. Показания к переходу на схемы АРТ второго ряда

### 11.1. Побочные эффекты

При появлении побочных эффектов препарат, который их вызвал, заменяют. Дозу препарата снижать нельзя. Прием других АРВ препаратов не прекращают. При проявлении гепатотоксичности невирапина необходимо отменить все АРВ препараты. Когда активность АЛТ вернется к норме, следует назначить новую схему АРТ (включающую ифавиренц).

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ (ПРИЧИНА)	КОРРЕКЦИЯ АРТ
Анемия (зидовудин)	Заменить зидовудин на ставудин
Сыпь (невирапин)	Заменить невирапин на ифавиренц

## 11.2. Неэффективность терапии

- Клинические критерии неэффективности АРТ:
  - ребенок плохо прибавляет в весе и росте, или сначала прибавляет нормально, а затем перестает — кривая на диаграмме физического развития опускается и выходит за рамки стандартных процентилей;
  - ребенок отстает в психомоторном развитии, либо появляются признаки энцефалопатии;
  - рецидивы инфекций на фоне АРТ (например, упорного кандидоза полости рта), либо развитие оппортунистической инфекции, либо прогрессирование ВИЧ-инфекции (переход II клинической стадии в III).
- Иммунологические критерии неэффективности АРТ:
  - доля лимфоцитов CD4 возвращается к уровню, зарегистрированному до начала АРТ, или опускается ниже его;
  - доля лимфоцитов CD4 падает более чем на 30% от максимальной, зарегистрированной через 6 месяцев и более от начала АРТ (например, если максимальная доля лимфоцитов CD4 составляла 40%, признак неэффективности АРТ — ее снижение до 28% и ниже).

### Примечание.

Если регулярно определять уровень лимфоцитов CD4 возможно, о неэффективности АРТ свидетельствует снижение уровня лимфоцитов CD4 (по данным хотя бы двух исследований). Забор крови следует проводить в одно и то же время суток. Необходимо определять не только абсолютное число лимфоцитов CD4, но также и их долю от общего числа лимфоцитов, поскольку у детей в норме число лимфоцитов CD4 постепенно снижается и примерно к 8 годам становится таким же, как у взрослых. Долю лимфоцитов CD4 эти возрастные изменения затрагивают в меньшей мере.

## 12. Показания к отмене АРТ

### 12.1. Клинические показания к отмене АРТ

- Тяжелые, угрожающие жизни побочные эффекты: реакция гиперчувствительности на АРВ препараты, выраженная сыпь синдром Стивенса-Джонсона, токсический гепатит, панкреатит, лактацидоз, тяжелая периферическая нейропатия.

### 12.2. Социальные показания к отмене АРТ

- Пациент (лицо, ухаживающее за ребенком) не приходит на осмотры (пропущено более трех плановых осмотров).
- Патронажная сестра сообщает, что мать (другое лицо) не соблюдает режим АРТ ребенка, а других лиц, способных полностью взять на себя уход за ребенком (например, бабушек или дедушек) в семье ребенка нет.

## Литература

1. Antiretroviral treatment in MSF projects, Germaine Hanquet, Médecins Sans Frontières, 2001
2. Clinical care for HIV-positive children in Phra Chom Klao Hospital Pethburi, Thailand. MSF-B, *Mieke Ponnet, Koen Frederix and David Wilson*, 2002
3. Penta Guidelines for the use of Antiretroviral Therapy in Paediatric HIV Infection – 2001, Sharland M, Castelli G, Ramos JT, Blanche S. Gibb DM.
4. WHO Guidelines “SCALING UP ANTIRETROVIRAL THERAPY IN RESOURCE LIMITED SETTINGS: GUIDELINES FOR A PUBLIC HEALTH APPROACH”, 2002
5. Bartlett JG. The Johns Hopkins Hospital 2000-2001 Guide to Medical Care Of Patients With HIV Infection. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2000.
6. Braunwald E, Fauci AS, Isselbacher KJ, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. New York: McGraw Hill, 2000.

## Приложение VII-А. Дозы и побочные эффекты антиретровирусных препаратов

ПРЕПАРАТ	СУТОЧНАЯ ДОЗА (РЕЖИМ ПРИЕМА)	ОСНОВНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
<b>НУКЛЕОЗИДНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ</b>			
Зидовудин	<ul style="list-style-type: none"> <li>Внутрь: 360 мг/м<sup>2</sup>/сутки в 2 приема</li> <li>Новорожденному: 2 мг/кг каждые 6 часов</li> <li>В/в: 120 мг/м<sup>2</sup> каждые 6 часов или 20 мг/м<sup>2</sup>/час</li> </ul>	Нейтропения; анемия; тошнота; головная боль; редко — миопатия	<ul style="list-style-type: none"> <li>Детям старшего возраста не следует назначать зидовудин в виде сиропа — его большой объем плохо переносится.</li> <li>Хранить в стеклянных сосудах в темном месте.</li> <li>Можно принимать во время еды.</li> <li>При ВИЧ-энцефалопатии удвоить дозу.</li> <li>Нельзя сочетать со ставудином (зидовудин и ставудин подавляют АРВ действие друг друга).</li> </ul>
Диданозин	<ul style="list-style-type: none"> <li>240 мг/м<sup>2</sup>/сутки</li> <li>Подростки:</li> <li>Вес &lt; 60 кг: 250 мг 1 раз в сутки</li> <li>Вес &gt; 60 кг: по 200 мг 2 раза в сутки или 400 мг раз в сутки</li> <li>Дети старшего возраста: раз в сутки, в капсулах, покрытых кишечнорастворимой оболочкой (по 125 мг, 250 мг или 400 мг)</li> </ul>	Диарея, боль в животе. Редкие, дозозависимые: панкреатит и периферическая нейропатия.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Готовую суспензию хранят в холодильнике 30 дней.</li> <li>Предпочтительно принимать за час до еды или через 2 часа после еды (возможно, для детей менее важно).</li> <li>Перед употреблением суспензию взболтать.</li> </ul>
Ставудин	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 мг/кг/сутки, но не более 60 мг</li> <li>Подростки:</li> <li>Вес &lt; 60 кг: 30 мг 2 раза в сутки</li> <li>Вес &gt; 60 кг: 40 мг 2 раза в сутки</li> </ul>	Головная боль, расстройства ЖКТ, сыпь. Редко: панкреатит и периферическая нейропатия.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Суспензию приходится назначать в большом объеме; допустим и хорошо переносится прием содержимого капсул.</li> <li>Суспензию хранят в 30 дней.</li> <li>Можно принимать во время еды.</li> </ul>
Ламивудин	<ul style="list-style-type: none"> <li>Новорожденные младше 30 дней: 4 мг/кг/сутки каждые 12 часов</li> <li>Вес &lt; 60 кг: 8 мг/кг/сутки в 2 приема</li> <li>Вес &gt; 60 кг: по 150 мг 2 раза в сутки</li> </ul>	Редко: головная боль, боль в животе, панкреатит, периферическая нейропатия, нейтропения, повышенная активность печеночных ферментов.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Хорошо переносится.</li> <li>Можно принимать во время еды.</li> <li>Хранить раствор при комнатной температуре (открытый флакон использовать в течение месяца).</li> </ul>
Абакавир	<ul style="list-style-type: none"> <li>16 мг/кг/сутки в 2 приема</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>У 1–3% пациентов, обычно в первые 6 недель приема: реакция гиперчувствительности, лихорадка, недомогание, воспаление слизистых, иногда сыпь.</li> <li>ОТМЕНИТЬ ПРЕПАРАТ И НЕ НАЗНАЧАТЬ ПОВТОРНО.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Можно принимать во время еды.</li> <li>Сироп хорошо переносится, а таблетки можно измельчать.</li> <li>ПРЕДУПРЕДИТЬ РОДИТЕЛЕЙ О РЕАКЦИИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ.</li> </ul>

ПРЕПАРАТ	СУТОЧНАЯ ДОЗА (РЕЖИМ ПРИЕМА)	ОСНОВНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
<b>НЕНУКЛЕОЗИДНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ</b>			
Невиралапин	300–400 мг/м <sup>2</sup> /сутки в 2 приема. Начальная доза, в течение 2 недель: 150–200 мг/м <sup>2</sup> /сутки раз в сутки. Затем дозу увеличивают до 300–400 мг/м <sup>2</sup> /сутки (при отсутствии сыпи)	У 10–20% пациентов: сыпь. Крайне редко: синдром Стивенса-Джонсона — ОТМЕНИТЬ препарат. Регулярно определять активность печеночных ферментов. Индуктор цитохрома Р450. Иногда взаимодействует с другими лекарственными средствами. Снижает концентрацию большинства ингибиторов протеазы ВИЧ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суспензию хранить при комнатной температуре.</li> <li>• Можно принимать во время еды.</li> <li>• Необходимо предупредить родителей о возможности появления сыпи. При появлении сыпи дозу не повышать.</li> </ul>
Ифавиренц	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фармакокинетика у детей младше 3 лет изучена недостаточно</li> <li>• 15 мг/кг или</li> <li>• 10–15 кг – 200 мг;</li> <li>• 15–20 кг – 250 мг;</li> <li>• 20–25 кг – 300 мг;</li> <li>• 25–33 кг – 350 мг;</li> <li>• 33–40 кг – 400 мг;</li> <li>• &gt;40 кг – 600 мг раз в сутки</li> <li>• Препарат в сиропе используют в более высоких дозах</li> </ul>	Сыпь (умеренная). Токсическое действие на ЦНС, сонливость, патологические сновидения, синдром рассеянного ребенка. Взаимодействует с другими лекарственными средствами.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется в виде сиропа.</li> <li>• Содержимое капсул можно смешивать с пищей. Поскольку препарат горький, лучше его добавлять в варенье или другие сладкие продукты.</li> <li>• Можно принимать во время еды, но не с очень жирной пищей (жирная пища увеличивает всасывание препарата на 50%).</li> <li>• Лучше принимать на ночь, особенно в первые 2 недели, чтобы уменьшить побочное действие на ЦНС.</li> </ul>
<b>ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗЫ ВИЧ</b>			
Индинавир	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не назначать новорожденным</li> <li>• Дети: 500 мг/м<sup>2</sup> каждые 8 часов</li> <li>• Взрослые: 800 мг каждые 8 часов</li> </ul>	Тошнота; гипербилирубинемия (10%); мочекаменная болезнь/нефрит (4%). Редко: гемолитическая анемия, нарушение функции печени. Нарушения липидного состава крови.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не принимать во время еды. Имеется в виде сиропа.</li> <li>• Рекомендовать повышенное потребление жидкости (но не газированных напитков).</li> </ul>
Ритонавир	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 800 мг/м<sup>2</sup>/сутки в 2 приема</li> <li>• Начальная доза 250 мг/м<sup>2</sup> каждые 12 часов. Дозу увеличивают каждые 5 дней</li> <li>• Дети: 900 мг/м<sup>2</sup>/сутки (в сиропе 80 мг/мл)</li> </ul>	Расстройства ЖКТ (часто), головная боль, повышение активности печеночных ферментов; усиление кровоточивости у больных гемофилией, нарушения липидного состава крови.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принимать с пищей; но она приобретает горький вкус.</li> <li>• Можно смешивать с арахисовым маслом, заедать шоколадным соусом или сыром. Учитывать возможность лекарственных взаимодействий.</li> </ul>

ПРЕПАРАТ	СУТОЧНАЯ ДОЗА (РЕЖИМ ПРИЕМА)	ОСНОВНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
Саквинавир	<p>Назначается детям с весом &gt; 25 кг:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 150 мг/кг/сутки в 3 приема</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сыпь; головная боль; расстройства ЖКТ; сахарный диабет.</li> <li>• Нарушения липидного состава крови.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принимать с пищей.</li> <li>• Вызывает фотосенсибилизацию.</li> </ul>
Нелфинавир	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 110–120 мг/кг/сутки в 2 приема</li> <li>• Подростки: доза выше взрослой</li> <li>• Таблетки можно измельчать; выпускается в порошке</li> <li>• Дети: 150 мг/кг/сутки</li> </ul>	<p>Диарея (легкая, умеренная), рвота, сыпь. Нарушения липидного состава крови. Взаимодействует с другими лекарственными средствами.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Порошок сладкий с чуть горьковатым привкусом, представляет собой твердые крупинки, которые плохо растворяются; порошок размешивается непосредственно перед употреблением в воде, молоке, смеси для искусственного вскармливания, пудинге и т. д. Нельзя добавлять препарат в пищу с кислым вкусом или сок (они приобретут выраженный горький привкус).</li> <li>• Поскольку давать детям порошок довольно сложно, предпочтительнее использовать размельченные таблетки (даже для маленьких детей), если можно отмерить необходимую дозу.</li> <li>• Порошок и таблетки следует хранить при комнатной температуре.</li> <li>• Принимать с жирной пищей.</li> </ul>
Лопинавир /ритонавир	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 450/112,5 – 600/150 мг/м<sup>2</sup>/сутки в 2 приема.</li> <li>• В комбинации с ННИОТ необходимы более высокие дозы</li> <li>• Сироп: 80/20 мг/мл</li> </ul>	<p>Сыпь (2%), расстройства ЖКТ, нарушения липидного состава крови.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Жидкая форма: принимать большой объем не требуется, горькая.</li> <li>• Капсулы: крупные.</li> <li>• Раствор для приема внутрь и капсулы желательно хранить в холодильнике. При комнатной температуре менее 25<sup>0</sup>С допускается хранить 2 месяца.</li> <li>• Принимать во время еды.</li> </ul>
Ампренавир	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 мг/кг/сутки в 2 приема, капсулы</li> <li>• Препарат в сиропе используют в более высоких дозах</li> </ul>	<p>Расстройства ЖКТ, нарушения липидного состава крови.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сироп горький, требуется принимать большой объем.</li> <li>• Капсулы: либо крупные, 200 мг (трудно глотать), либо мелкие, 50 мг (принимать несколько).</li> </ul>

## Приложение VII-B. Лечение распространенных побочных эффектов АРТ

ПРЕПАРАТ	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	ПРИМЕЧАНИЯ	ЛЕЧЕНИЕ
Зидовудин	<b>Расстройства ЖКТ:</b> тошнота, рвота, диарея	Легкие расстройства ЖКТ развиваются часто, но, как правило, проходят через месяц.	Объяснить ребенку и ухаживающему за ним лицу причину, сообщить, что состояние скоро улучшится.
	<b>Расстройства ЦНС:</b> головная боль, миалгия, утомляемость, бессонница	90% пациентов переносят эти побочные эффекты нормально.	Если пациент переносит эти эффекты тяжело, зидовудин заменить ставудином.
	<b>Потемнение ногтевых пластинок</b>	Кожа не поражена	Посоветовать не придавать значения.
Ламивудин	Хорошо переносится		
Ставудин	Хорошо переносится		
Ифавиренц	<b>Расстройства ЦНС:</b> головокружение, бессонница, патологические сновидения, изменения личности	Эти побочные эффекты <b>РЕДКО</b> наблюдаются у детей.	Рекомендовать принимать препарат перед сном.
Невирапин	<b>Гепатотоксичность</b>	Определять активность АЛТ: через 2 недели и через месяц после начала терапии, в дальнейшем каждые 3 месяца	Если активность АЛТ >200 МЕ, отменить все АРВ препараты. Когда активность АЛТ вернется к норме, начать новую схему АРТ, включающую ифавиренц.
	<b>Сыпь</b>	Легкая: пятна, папулы, сухое шелушение	Продолжить прием невирапина, но дозу не повышать, пока сыпь не исчезнет.
		Тяжелая: везикулы, язвы, мокнутие, поражение слизистых.	Отменить невирапин, заменить на ифавиренц.
Нелфинавир	<b>Диарея</b>	Обычно жидкий стул 1–3 раза в день	Давать ребенку достаточно жидкости, не допускать обезвоживания.



**Приложение VII-С.**  
**Тяжелые побочные эффекты АРТ, требующие отмены препаратов**  
**(клиническая картина, тактика ведения)**

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	ПРЕПАРАТ, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ
<b>Острый гепатит</b>	Невирапин Редко: ифавиренц Очень редко (<1%): зидовудин, диданозин, ставудин, ингибиторы протеазы ВИЧ (ритонавир)	Желтуха, увеличение печени, симптомы поражения ЖКТ, утомляемость, потеря аппетита. Гепатит, обусловленный невирапином, может сопровождаться симптомами аллергии (сыпью, системной аллергической реакцией, эозинофилией).	<ul style="list-style-type: none"> <li>По возможности регулярно определять активность АЛТ, АСТ, уровень билирубина.</li> <li>Отменить все АРВ препараты до исчезновения симптомов.</li> <li>Невирапин отменить и больше не назначать.</li> </ul>
<b>Острый панкреатит</b>	Диданозин, ставудин. Редко: ламивудин	Тошнота, рвота, боль в животе	<ul style="list-style-type: none"> <li>По возможности регулярно определять активность ферментов поджелудочной железы в сыворотке (амилазы и липазы).</li> <li>Отменить все АРВ препараты до исчезновения симптомов.</li> <li>Когда состояние нормализуется, начать новую схему АРТ с НИОТ, который не оказывает токсического действия на поджелудочную железу (зидовудином, абакавиром).</li> </ul>
<b>Лактацидоз</b>	НИОТ	Первые симптомы разнообразны, напоминают продромальный период, могут наблюдаться общая слабость, утомляемость, расстройства ЖКТ (тошнота, рвота, диарея, боли в животе, гепатомегалия, потеря аппетита и необъяснимое похудание), расстройства дыхания (учащенное дыхание, одышка), неврологические нарушения (в том числе парезы).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отменить все АРВ препараты. После отмены АРТ симптомы иногда сохраняются или усугубляются.</li> <li>Поддерживающая терапия.</li> <li>Для возобновления АРТ подбирают схему, включающую ингибитор протеазы ВИЧ, ННИОТ и, возможно, абакавир.</li> </ul>

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	ПРЕПАРАТ, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ
<b>Реакция гиперчувствительности</b>	Абакавир, невирапин	<p><b>Абакавир.</b> Признаки острого заболевания: лихорадка, утомляемость, миалгия, тошнота и рвота, диарея, боль в животе, фарингит, кашель, одышка, иногда сыпь. Эти симптомы неспецифичны и наблюдаются при большинстве распространенных инфекций, поэтому реакцию гиперчувствительности, прежде всего, следует заподозрить, если у ребенка, который начал принимать абакавир, одновременно возникли респираторные и желудочно-кишечные нарушения.</p> <p><b>Невирапин.</b> Общие симптомы: лихорадка, миалгия, артралгия, гепатит, эозинофилия, иногда сыпь.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отменить все АРВ препараты до исчезновения симптомов.</li> <li>• Если препарат не отменен, реакция гиперчувствительности нарастает и может привести к смерти больного.</li> <li>• Назначить поддерживающую терапию.</li> <li>• Возобновлять прием абакавира или невирапина нельзя — зарегистрированы случаи анафилактических реакций и смерти больных.</li> <li>• После исчезновения симптомов необходимо скорректировать схему АРТ. Абакавир следует заменить другим НИОТ. Схему АРТ с невирапином заменяют схемой с ингибитором протеазы ВИЧ или схемой, основанной на НИОТ (3 НИОТ).</li> </ul>
<b>Тяжелая сыпь, синдром Стивенса-Джонсона</b>	ННИОТ: невирапин, ифавиренц	<p>Сыпь обычно появляется в первые 2–4 недели лечения. Сыпь обычно эритематозная, пятнисто-папулезная, элементы сливаются, наиболее выражена на туловище и руках, иногда сопровождаться зудом. Иногда сопровождается лихорадкой. Синдром Стивенса-Джонсона (тяжелая буллезная форма полиморфной экссудативной эритемы с поражением слизистых и выраженной интоксикацией) представляет угрозу для жизни, развивается у 0,3% больных на фоне приема невирапина.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отменить все АРВ препараты до исчезновения симптомов.</li> <li>• Если сыпь сопровождалась общими симптомами (лихорадкой, поражением слизистых, крапивницей) или возникал синдром Стивенса-Джонсона, возобновлять прием невирапина нельзя.</li> <li>• После исчезновения симптомов необходимо схему АРТ необходимо изменить, назначив препараты другого класса (например, 3 НИОТ или 2 НИОТ + ингибитор протеазы ВИЧ).</li> </ul>
<b>Тяжелая периферическая нейропатия</b>	Диданозин, ставудин, ламивудин	<p>Боль, покалывание и онемение в кистях и стопах; потеря чувствительности в дистальных отделах конечностей, легкая мышечная слабость, утрата сухожильных рефлексов.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отменить НИОТ, вызвавший нейропатию, и назначить другой НИОТ, не обладающий нейротоксическим действием (зидовудин, абакавир).</li> <li>• Симптомы обычно исчезают за 2-3 недели.</li> </ul>

## Приложение VII-D. Предварительный вариант клинической классификации ВИЧ-инфекции у детей, разработанный экспертами ВОЗ

### I клиническая стадия

1. Бессимптомное течение
2. Генерализованная лимфаденопатия

### II клиническая стадия

3. Необъяснимая хроническая диарея
4. Тяжелый персистирующий или рецидивирующий кандидоз после неонатального периода
5. Потеря веса или отставание в физическом развитии
6. Постоянная лихорадка
7. Тяжелые рецидивирующие бактериальные инфекции

### III клиническая стадия

8. **Оппортунистические инфекции — СПИД**
  - Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких
  - Диссеминированный кокцидиоидоз (вне легких, прикорневых и шейных лимфоузлов)
  - Внелегочный криптококкоз
  - Криптоспоридиоз или изоспориоз с диареей, продолжающейся дольше месяца
  - Цитомегаловирусная инфекция у ребенка старше 1 месяца (вне печени, селезенки и лимфатических узлов)
  - Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса: герпетические язвы кожи и слизистых, не заживающие в течение месяца, или герпетические бронхит, пневмония, эзофагит любой продолжительности у ребенка старше 1 месяца
  - Диссеминированный гистоплазмоз (вне легких, прикорневых и шейных лимфоузлов)
  - Диссеминированный или внелегочный туберкулез, вызванный *Mycobacterium tuberculosis*
  - Диссеминированная микобактериальная инфекция, вызванная *Mycobacterium spp*, кроме *Mycobacterium tuberculosis* (вне легких, кожи, прикорневых и шейных лимфоузлов)
  - Диссеминированная инфекция, вызванная *Mycobacterium avium-intracellulare* или *Mycobacterium kansasii* (вне легких, кожи, прикорневых и шейных лимфоузлов)
  - Пневмоцистная пневмония (*Pneumocystis carinii*)
  - Церебральный токсоплазмоз у ребенка старше 1 месяца
9. **Выраженная задержка физического развития.**

В отсутствие других заболеваний, способных привести к аналогичным симптомам, наблюдаются:

- а) упорная потеря веса на >10% исходного,

ИЛИ

- б) снижение кривой «вес/возраст» с пересечением по крайней мере двух процентилей (например, 95-го, 75-го, 50-го, 25-го, 5-го процентилей) диаграммы у ребенка 1 года и старше,

ИЛИ

- в) сохранение в течение 30 дней и более кривой «вес/рост» на уровне 5-го процентиля

И

- а) хроническая диарея (т. е. жидкий стул не реже 2 раз в сутки в течение 30 дней и более)

ИЛИ

- б) постоянная или периодическая лихорадка в течение 30 дней и более (по данным регулярных измерений температуры тела)

## **10. Прогрессирующая энцефалопатия**

В отсутствие других заболеваний, способных привести к аналогичным проявлениям, в течение 2 и более месяцев наблюдается и прогрессирует по крайней мере один из следующих симптомов:

- а)** задержка психомоторного развития или утрата ранее приобретенных навыков, умственная отсталость (по стандартным шкалам оценки развития или нейропсихологическим тестам);
- б)** задержка развития головного мозга, приобретенная микроцефалия (по данным измерений окружности головы) или атрофия коры головного мозга (по данным КТ или МРТ, которые показаны детям младше 2 лет);
- в)** приобретенное симметричное двигательное расстройство, проявляющееся по крайней мере 2 из следующих нарушений: парез, патологические рефлексы, атаксия или нарушения походки.

## **11. Злокачественные новообразования**

- Саркома Капоши
- Первичная лимфома ЦНС
- Лимфома Беркитта (лимфома из мелких клеток с нерасщепленными ядрами), или диффузная В-крупноклеточная лимфома (иммунобластная, диффузная гистиоцитарная) или лимфома неизвестного иммунологического фенотипа

## **12. Рецидивирующая септицемия**

## VIII. Постконтактная профилактика

### 1. Основные положения

Постконтактная профилактика (ПКП) представляет собой короткий курс антиретровирусных препаратов с целью снижения риска ВИЧ-инфекции после возможного инфицирования (произошедшего при исполнении служебных обязанностей, при половом контакте или других обстоятельствах). В медицинских учреждениях ПКП должна входить в универсальный перечень мероприятий по защите персонала от инфицирования на рабочем месте.

Профессиональный риск заражения ВИЧ при уколе иглой и в других ситуациях существует во многих медицинских учреждениях, которые недостаточно снабжаются защитными средствами, особенно если распространенность ВИЧ-инфекции среди пациентов, посещающих эти учреждения, высока. Проведение ПКП может снизить частоту случаев ВИЧ-инфекции у медицинских работников, подвергшихся заражению при исполнении служебных обязанностей. Предполагается, что возможность получения ПКП уменьшит нежелание медицинских работников обслуживать ВИЧ-инфицированных и удержит от увольнения тех из них, кто из-за страха заражения готов сменить работу.

ПКП следует проводить также лицам, подвергшимся не профессиональному риску инфицирования ВИЧ, в том числе подвергшимся случайному или намеренному уколу инфицированной иглой, потребителям инъекционных наркотиков при случайном использовании загрязненного шприца и жертвам сексуального насилия.

### 2. Универсальные меры предосторожности

В медицинских учреждениях ПКП должна быть частью общей системы мер по защите персонала от инфицирования возбудителями, передающимися с кровью. В первую очередь эта защита подразумевает соблюдение универсальных мер предосторожности.

Универсальные меры предосторожности — это комплекс мероприятий в рамках инфекционного контроля, направленный на снижение риска передачи инфекций между пациентами и медицинскими работниками через контакт с кровью и другими биологическими жидкостями.

Принимая во внимание, что выявить всех пациентов с передающимися с кровью инфекциями невозможно, в основу мероприятий по защите медицинских работников от ВИЧ и вирусов гепатита положен следующий принцип: всех пациентов следует рассматривать как потенциально инфицированных.

Выполнение универсальных мер предосторожности подразумевает, что кровь и биологические жидкости *всех* пациентов следует рассматривать как потенциально инфицированные и при работе с ними *всегда* предпринимать соответствующие меры защиты, а не полагаться на собственную проницательность в отношении принадлежности того или иного пациента к группе «высокого риска».

**Профессиональный риск инфицирования существует у медицинских работников** (персонала государственных и негосударственных медицинских учреждений, в том числе лабораторий, сотрудников бригад скорой помощи, студентов медицинских учебных заведений) и сотрудников служб общественной безопасности (милиционеров, сотрудников исправительных учреждений, членов спасательных бригад, добровольцев и т. д.), которым по роду своей деятельности приходится контактировать с людьми или кровью и другими биологическими жидкостями. Риск контакта с кровью и другими биологическими жидкостями при выполнении служебных обязанностей существует и у представителей других профессий, поэтому

универсальные меры предосторожности и ПКП могут быть включены и в работу учреждений немедицинского профиля.

**Контакты, связанные с риском инфицирования ВИЧ:** повреждение кожи (укол иглой или порез острым инструментом); попадание биологических жидкостей на слизистые оболочки или поврежденную кожу; длительный (несколько минут и более) или обширный по площади контакт неповрежденной кожи с тканями, кровью и другими биологическими жидкостями.

**Кровь и другие потенциально инфицированные биологические жидкости**

Универсальные меры предосторожности должны соблюдаться при работе с кровью и другими биологическими жидкостями, при контакте с которыми были зарегистрированы случаи инфицирования ВИЧ, в том числе:

- спермой,
- вагинальными выделениями,
- любыми жидкостями с видимой примесью крови,
- культурами или средами, содержащими ВИЧ, а также с теми жидкостями, степень опасности которых в отношении передачи ВИЧ пока не установлена:
- синовиальной жидкостью,
- цереброспинальной жидкостью,
- плевральной жидкостью,
- перитонеальной жидкостью,
- перикардальной жидкостью,
- амниотической жидкостью.

Универсальные меры предосторожности не относятся к:

- каловым массам
- выделениям из носа
- мокроте
- поту
- слезной жидкости
- моче
- рвотным массам
- слюне (за исключением стоматологических манипуляций, во время которых к слюне часто примешивается кровь).

Универсальные меры предосторожности должны соблюдаться при работе с любыми иссеченными (или удаленными иным способом, прижизненно или на аутопсии) человеческими тканями и органами (кроме неповрежденной кожи); при работе с тканями и органами экспериментальных животных, зараженных передающимися с кровью инфекциями, а также с любой биологической жидкостью, если трудно определить, что это за жидкость.

Универсальные меры предосторожности должны выполняться во всех медицинских учреждениях всеми медицинскими работниками.

## **2.1. Руководство по универсальным мерам предосторожности**

**Во избежание заражения передающимися с кровью инфекциями следует избегать:**

- травм от неосторожного обращения с загрязненными иглами и острыми инструментами;
- попадания крови и других биологических жидкостей на слизистые рта, глаз, носа и поврежденную кожу (порезы, царапины, дерматит, угри);
- прикосновений к слизистым оболочкам глаз, носа, рта и поврежденной коже при работе с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями.

**В целях защиты от инфицирования следует применять:**

- Защитные приспособления для изоляции предметов, представляющих собой источник передающихся с кровью инфекций, (например, жесткие герметичные контейнеры для использованных игл и острых инструментов, которые должны удобно располагаться на рабочем месте и своевременно, без переполнения, заменяться; безопасные самозачехляющиеся иглы, безыгольные системы для внутривенных инфузий).
- Безопасные технологии для выполнения различных манипуляций с наименьшим риском (в том числе безопасное обращение с использованными иглами, исключая надевание колпачков двумя руками, сгибание и другие манипуляции с иглами).
- Индивидуальные средства защиты, в том числе перчатки, непромокаемые халаты, средства защиты лица и глаз (маски, очки, экраны).

**2.1.1. Защитные приспособления и безопасные технологии**

Защитные приспособления (например, контейнеры для утилизации острых инструментов) снижают риск заражения путем изоляции или устранения на рабочем месте предметов, представляющих опасность в качестве источника инфекции. Они относятся к средствам первой линии защиты от инфицирования на рабочем месте.

Безопасные технологии предлагают такой способ выполнения различных манипуляций, при котором риск инфицирования минимален.

Работодатель должен обеспечить своих работников защитными приспособлениями и обучить их безопасным технологиям, но ответственность за их применение полностью лежит на самих работниках.

Для того чтобы предотвратить заражение передающимися с кровью инфекциями, медицинские работники должны **соблюдать следующие меры предосторожности:**

- Избегать растекания, расплескивания и разбрызгивания крови и других биологических жидкостей.
- Мыть руки сразу (или при первой возможности) после снятия перчаток или других средств индивидуальной защиты.
- При попадании крови или другого потенциально инфицированного материала на кожу немедленно (или при первой возможности) вымыть руки и загрязненные участки водой с мылом, при попадании на слизистые оболочки — сразу промыть их водой.
- Мыть руки с мылом под проточной водой. Если проточной воды нет, использовать антисептический раствор для рук и чистые полотенца или антисептические салфетки, после чего при первой же возможности вымыть руки обычным образом.
- Не перекладывать использованные иглы и не надевать на них колпачки без крайней необходимости, использовать для этого инструменты, исключая прямой контакт с иглой, или делать это одной рукой.
- Загрязненные режущие и колющие инструменты многократного использования сразу (или при первой возможности) помещать в жесткие влагонепроницаемые (дно и стенки), маркированные или помеченные определенным цветом контейнеры для последующей обработки.
- Размещать контейнеры для использованных острых инструментов так, чтобы ими было удобно пользоваться, и они не могли опрокинуться.
- Своевременно заменять контейнеры для режущих и колющих инструментов, не допуская их переполнения.
- Контейнер с использованными режущими и колющими инструментами перемещать только тщательно закрытым. Если возможна протечка, контейнер поместить внутрь другого контейнера.
- Образцы биологических жидкостей помещать в герметичные контейнеры с соответствующей маркировкой. Если контейнер с образцами загрязнен или поврежден, поместить его внутрь другого контейнера.
- Перед техническим обслуживанием и транспортировкой оборудования, загрязненного кровью или другими биологическими жидкостями, его следует продезинфицировать. Если дезинфекция невозможна, в сопроводительном листе указать загрязненные элементы.
- Помещать все использованные одноразовые материалы во влагонепроницаемые закрывающиеся

контейнеры.

- Свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры; влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах.

#### **Запрещается:**

- Принимать пищу, курить, накладывать макияж, снимать или надевать контактные линзы на рабочих местах, где вероятен контакт с кровью или другими биологическими жидкостями.
- Хранить пищу и напитки в холодильниках или других местах, где хранятся образцы крови и других биологических жидкостей и тканей.
- Насасывать в пипетки кровь и другие биологические жидкости ртом.
- Поднимать руками осколки стекла, которые могут быть загрязнены биологическими жидкостями.
- Сгибать, ломать, снимать со шприцев использованные иглы, надевать на них колпачки и проводить подобные действия с загрязненными острыми инструментами, если можно этого не делать, или это не обусловлено требованиями медицинской манипуляции.
- Доставать что-либо руками из контейнеров для использованных многоразовых колющих и режущих инструментов, вручную открывать, опорожнять или мыть эти контейнеры.

### **2.1.2. Индивидуальные средства защиты**

Если защитные приспособления и безопасные технологии не исключают риск инфицирования на рабочем месте, то работодатель обязан также предоставить работникам индивидуальные средства защиты. Эти средства защиты должны храниться в доступном месте и предоставляться бесплатно:

- Перчатки (включая гипоаллергенные перчатки для медицинских работников с аллергией на обычные перчатки).  
Очень важно всегда надевать перчатки перед работой с кровью и другими биологическими жидкостями или загрязненными ими поверхностями. Нельзя использовать повторно одноразовые перчатки или поврежденные многоразовые перчатки. Нельзя применять смазки на вазелиновой основе, поскольку они повреждают латекс, из которого сделаны перчатки.
- Халаты и другая защитная одежда.  
Халат обязателен во всех случаях, когда возможен контакт с инфицированным материалом. Хирургические колпаки или шапочки, бахилы поверх обуви или специальные ботинки, обязательны только при риске сильного загрязнения.
- Маски, защитные очки и экраны для лица.  
Если во время манипуляции возможно появление брызг крови и других биологических жидкостей, следует надевать защитные экраны, прикрывающие лицо до подбородка, или маски в сочетании с защитными очками, снабженными боковыми щитками. Обычные очки не обеспечивают достаточной защиты от инфекций, передающихся с кровью.

Индивидуальные средства защиты должны предохранять рабочую и обычную одежду, нижнее белье, кожные покровы, глаза, рот и другие слизистые оболочки от контакта с кровью и другими биологическими жидкостями в течение всего времени использования этих средств.

Если защитная одежда пропиталась кровью или другими потенциально инфицированными биологическими жидкостями, ее следует снять как можно быстрее и промыть загрязненные участки кожи водой с мылом. Перед тем, как покинуть рабочее место, следует снять все индивидуальные средства защиты и поместить их в выделенную для этого тару. За очистку, стирку, ремонт, замену и утилизацию использованных индивидуальных средств защиты отвечает работодатель.

## **2.2. Рекомендации для административных работников медицинских учреждений по обеспечению универсальных мер предосторожности**

### **2.2.1. Обучение медицинского персонала**

Работники медицинских учреждений должны знать о профессиональном риске инфицирования и осознавать необходимость соблюдения универсальных мер предосторожности при работе со всеми пациентами, в любых ситуациях, независимо от диагноза. Весь персонал медицинских учреждений (как медицинский, так и немедицинский) должен регулярно проходить инструктаж по технике безопасности.



Обучение универсальным мерам предосторожности должно быть также обязательной частью инструктажа медицинских работников при приеме на работу.

### **2.2.2. Сокращение числа инвазивных вмешательств**

Следует избегать неоправданных инвазивных вмешательств. Это правило медицинские работники должны знать и выполнять, в том числе избегать неоправданных переливаний крови (если можно обойтись инфузионными растворами), инъекций (если препараты можно назначить внутрь), наложения швов (например, стараясь избегать эпиэпизотомий) и т.д. Стандартные схемы лечения должны включать лекарственные формы препаратов для приема внутрь во всех случаях, когда это возможно. Растворы для инъекций необходимо исключить из Государственного перечня препаратов первой необходимости, если данные лекарственные препараты выпускаются в формах для приема внутрь.

Следует сократить потребность в инвазивных вмешательствах. Необходимо заказывать современные одноразовые принадлежности для выполнения инъекций и инфузий, а также увеличивать заказ форм лекарственных средств для приема внутрь.

### **2.2.3. Обеспечение необходимым оборудованием**

Даже в условиях ограниченных ресурсов медицинские учреждения должны быть обеспечены необходимым оборудованием и расходными материалами в соответствии со стандартами инфекционного контроля. Нормой для всех медицинских учреждений должно стать наличие одноразовых шприцев и систем для инфузий в количестве и ассортименте, отвечающем их потребностям, наличие дезинфектантов и контейнеров для колющих и режущих медицинских инструментов. Особое внимание следует уделить обеспечению медицинских учреждений индивидуальными средствами защиты и водоснабжению (если в медицинском учреждении нет водопровода, необходимо организовать постоянное снабжение его достаточным количеством воды).

### **2.2.4. Организация внутреннего распорядка**

Необходимо отказаться от многоразовых шприцев и систем для инфузий, поскольку исследования показали, что сложно обеспечить их правильную стерилизацию. Следует разработать планы по утилизации отходов медицинских учреждений согласно государственным стандартам. В инструкциях и циркулярах, действующих в конкретном медицинском учреждении, необходимо отразить правила использования оборудования, порядок прохождения персоналом инструктажа и порядок надзора. Текущий надзор в медицинских учреждениях способствует соблюдению персоналом техники безопасности и снижению профессионального риска инфицирования. В случае контакта с ВИЧ-инфицированным материалом медицинскому работнику должны быть обеспечены консультирование, АРВ профилактика, дальнейшее наблюдение и другие необходимые виды помощи.

## **3. Проведение постконтактной профилактики**

ПКП должна предоставляться во всех медицинских учреждениях, в которых существует профессиональный риск заражения ВИЧ. Для этого необходимо создать запас комплектов антиретровирусных препаратов и предоставить медицинским работникам возможность немедленно проконсультироваться у специалиста.

Региональные Центры профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом должны оказывать консультативную помощь медицинским учреждениям по вопросам ПКП, а также проводить ПКП в случаях контакта, не связанных с выполнением служебных обязанностей (половых контактах и проч.).

### **3.1. ПКП после профессионального контакта**

#### **3.1.1. Риск инфицирования**

После перкутанного контакта с ВИЧ-инфицированной кровью (при уколе иглой, порезе) риск заражения в среднем составляет приблизительно 0,3% (95% доверительный интервал: 0,2—0,5%). Риск инфицирования после попадания ВИЧ-инфицированной крови на неповрежденные слизистые составляет примерно 0,09% (95% доверительный интервал: 0,006—0,5%). Риск инфицирования после контакта неповрежденной кожи с ВИЧ-инфицированной кровью или контакта с другими биологическими жидкостями не установлен. Существуют факторы, повышающие риск инфицирования.

Регулярные проверки в медицинских учреждениях способствуют соблюдению персоналом техники безопасности и снижению профессионального риска инфицирования. После контакта с ВИЧ-инфи-

цированным материалом медицинскому работнику необходимо обеспечить консультирование, АРВ профилактику, дальнейшее наблюдение и другие необходимые виды помощи. Постконтактная АРВ профилактика может снизить риск развития ВИЧ-инфекции.

### 3.1.2. Показания к ПКП

- Повреждения кожи острым предметом (укол полый или режущей иглой, порез осколком стекла), загрязненным кровью, жидкостью с видимой примесью крови или другим потенциально инфицированным материалом, или иглой из вены или артерии больного.
- Укушенная рана, если укус сделан ВИЧ-инфицированным с заметным источником кровотечения во рту.
- Попадание крови, жидкости с видимой примесью крови или другого потенциально инфицированного материала на слизистые оболочки (рот, нос, глаза).
- Попадание крови, жидкости с видимой примесью крови или другого потенциально инфицированного материала на поврежденную кожу (например, при наличии дерматита, участков обветренной кожи, потертостей или открытой раны).

### 3.1.3. Действия в случае профессионального контакта

- Сразу после контакта с кровью и другими биологическими жидкостями промыть загрязненные участки кожи (в том числе поврежденные) водой с мылом, а загрязненные слизистые оболочки промыть чистой водой.
- Оценить риск инфицирования ВИЧ при произошедшем контакте (учесть вид биологической жидкости и интенсивность контакта).
- Обследовать на ВИЧ пациента, с биологическими жидкостями которого контактировал медицинский работник. Обследование таких лиц проводится только после получения информированного согласия; оно должно включать консультирование и, при необходимости, направление на получение помощи. Необходимо соблюдать конфиденциальность. Следует провести стандартный экспресс-тест на антитела к ВИЧ и как можно быстрее выяснить результаты тестирования.
- При контакте с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного пациента (или пациента, у которого высока вероятность ВИЧ-инфекции) провести ПКП.
- Клиническое обследование и тестирование на ВИЧ пострадавшего медицинского работника следует проводить только после получения информированного согласия.
- Консультант должен провести беседу о снижении риска инфицирования на рабочем месте, проанализировав вместе с пострадавшим медицинским работником последовательность событий, предшествовавших контакту. Беседу следует вести деликатно, ни в коем случае не осуждая пострадавшего.
- Подготовить отчет о контакте с потенциально инфицированным материалом.

См. также Приложения VIII-A, B, D, E, F, G.

### 3.1.4. Тактика предоставления ПКП

В зависимости от результатов тестирования на ВИЧ следует предпринять следующие действия:

- Если у пациента — возможного источника инфекции получен отрицательный результат тестирования на ВИЧ, то медицинский работник в ПКП не нуждается.
- Если у медицинского работника результат тестирования положительный, то он не нуждается в ПКП, но его следует направить к специалистам для дальнейшего консультирования и получения необходимой помощи по поводу ВИЧ-инфекции.
- Если у медицинского работника результат тестирования на ВИЧ отрицательный, а у пациента — возможного источника инфекции — положительный, то медицинскому работнику проводят четырехнедельный курс АРВ профилактики, во время которого отслеживают возможные побочные эффекты (см. Приложение VIII-C). Через 1, 3 и 6 месяцев после контакта повторяют тестирование на ВИЧ. Если у медицинского работника за этот период произойдет сероконверсия, то ему

предоставляют необходимую помощь, в том числе консультирование, направление к специалисту по ВИЧ-инфекции и долгосрочное лечение ВИЧ-инфекции. Если в течение полугода после контакта сероконверсии не происходит, медицинскому работнику сообщают, что у него нет ВИЧ-инфекции.

- Если определить ВИЧ-статус пациента — возможного источника инфекции невозможно, то его считают ВИЧ-инфицированным и выполняют рекомендации, изложенные в предыдущем пункте.
- Медицинский работник должен быть информирован о необходимости использования презервативов в течение 6 месяцев после контакта.
- Следует выяснить иммунный статус медицинского работника в отношении гепатита В; если он не иммунизирован, провести пассивную или активную иммунопрофилактику гепатита В.

### **3.2. ПКП после полового контакта**

Риск заражения ВИЧ при половом контакте оценивается как 0,1—3% для пассивного партнера при анальном сношении, 0,1—0,2% для женщины и 0,03—0,09% для мужчины при вагинальном сношении. Недавно проведенные исследования показали, что риск может быть даже меньше, особенно если у ВИЧ-инфицированного полового партнера низкая вирусная нагрузка.

Пока не накоплено достаточно данных в пользу проведения АРВ профилактики после случайного полового контакта. Однако в ситуации, когда имело место совращение или изнасилование, рекомендуется, чтобы жертва насилия прошла ПКП в соответствии с изложенными выше рекомендациями для профессионального контакта. Очень важно попытаться установить ВИЧ-статус насильника. Если это невозможно, то считают насильника ВИЧ-инфицированным и жертве насилия проводят АРВ профилактику согласно изложенным ниже рекомендациям.

В случае изнасилования очень важно, чтобы жертве насилия была оказана необходимая поддержка и проведено консультирование, в том числе по вопросам ИППП, беременности и юридическим вопросам.

Дальнейшая тактика определяется ВИЧ-статусом насильника:

- Если у насильника получен отрицательный результат тестирования на ВИЧ, или в случае, если у жертвы насилия — положительный, то АРВ профилактику прекращают и выдают направления к специалистам для дальнейшего консультирования и получения необходимой медицинской помощи по поводу ВИЧ-инфекции.
- Если у жертвы насилия результат тестирования на ВИЧ отрицательный, а у насильника — положительный или неустановленный, то проводят полный четырехнедельный курс АРВ профилактики.

### **3.3. ПКП в других ситуациях с высоким риском инфицирования**

В определенных ситуациях может произойти единичный контакт, связанный с высоким риском инфицирования ВИЧ. Например, сюда относится ситуация случайных или умышленных уколов иглами, загрязненными кровью. В таких случаях пострадавшему также предоставляют ПКП в соответствии с тактикой, принятой при профессиональном контакте (см. выше пункт 3.1.4).

## **3.4. Осуществление ПКП: АРВ профилактика**

### **3.4.1. Общие рекомендации**

ПКП антиретровирусными препаратами необходимо начать как можно раньше, лучше всего в первые 2 часа после контакта, но не позже, чем через 72 часа. Назначающий ПКП врач должен обеспечить пациента комплектом АРВ препаратов, рассчитанным на полный курс химиопрофилактики.

Предпочтительно назначать для постконтактной АРВ профилактики одну из схем ВААРТ. При выборе схемы необходимо учесть, какие АРВ препараты принимал пациент — источник инфекции, а также возможную перекрестную резистентность АРВ препаратов. Выбор препаратов зависит и от их наличия в медицинском учреждении. Если есть показания к ПКП, необходимо организовать консультацию специалиста по ВИЧ-инфекции или другого специалиста, имеющего опыт проведения ПКП.

### **3.4.2. Показания**

- А. Профессиональный контакт с инфицированным ВИЧ материалом

**Б. Прочие контакты, связанные с риском инфицирования ВИЧ:**

- Единичный контакт с потенциально инфицированным ВИЧ материалом в предшествующие 72 часа
- Половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером или партнером из группы высокого риска.

**3.4.3. Тактика**

**А.** Начать АРВ профилактику в первые часы после контакта (обязательно в первые 72 часа).

**Б.** Назначить комбинированную терапию тремя препаратами курсом на 4 недели:

1. Первые два препарата: зидовудин + ламивудин:

- а) зидовудин 300 мг внутрь 2 раза в сутки плюс
- б) ламивудин 150 мг внутрь 2 раза в сутки.

2. Третий препарат (выбрать из ИП):

- а) нелфинавир 750 мг внутрь 3 раза в сутки, или
- б) нелфинавир 1250 мг внутрь 2 раза в сутки, или
- в) лопинавир/ритонавир 400/100 мг внутрь 2 раза в сутки, или
- г) саквинавир/ритонавир 1000/100 мг внутрь 2 раза в сутки, или

3. Альтернативные препараты:

- а) вместо зидовудина можно назначить ставудин: 40 мг внутрь 2 раза в сутки, если вес тела  $\geq 60$  кг, или 30 мг внутрь 2 раза в сутки, если вес тела  $< 60$  кг;
- б) вместо ламивудина можно назначить диданозин: 400 мг внутрь 1 раз в сутки, если вес тела  $\geq 60$  кг, или 250 мг внутрь 1 раз в сутки, если вес тела  $< 60$  кг.

**В.** Провести лабораторные исследования с целью выявления противопоказаний к АРВ препаратам и определения исходных показателей для дальнейшей оценки побочных эффектов лечения:

1. Тест на беременность
2. Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и числа тромбоцитов
3. Биохимические показатели функции печени (активность АСТ, АЛТ, ЩФ и уровень билирубина).

**Примечания**

Если источником контакта был ВИЧ-инфицированный, то при выборе схемы для ПКП следует учесть, какие АРВ препараты он принимал раньше и принимает сейчас, данные о его вирусной нагрузке, генотипической и фенотипической резистентности (если есть). Необходимо проконсультироваться у специалиста по ВИЧ-инфекции.

- \* Препараты класса ННИОТ следует назначать только в следующих случаях: 1) при непереносимости нелфинавира, лопинавира/ритонавира и индинавира; 2) если источником контакта был ВИЧ-инфицированный пациент с установленной резистентностью ВИЧ к другим АРВ препаратам, но с сохранной чувствительностью к ННИОТ. Недавно появились сообщения о гепатотоксичности невирапина у людей, получавших ПКП, поэтому невирапин рекомендуется назначать только в случаях, когда НИОТ или ИП по тем или иным причинам применять нельзя. Настоятельно рекомендуется проконсультироваться у специалиста по ВИЧ-инфекции. Если пострадавший, взвесив все «за» и «против», решает принимать невирапин, необходимо тщательно наблюдать за его состоянием, чтобы своевременно выявить побочные эффекты. В частности, следует определить активность печеночных ферментов перед началом лечения и спустя 2 и 4 недели, а также при появлении выраженных общих симптомов, в том числе лихорадки, сыпи, потери аппетита или боли в животе. Ифавиренц не назначают лицам детородного возраста, планирующим рождение ребенка в будущем, поскольку в экспериментах на животных был установлен тератогенный эффект этого препарата, также были зарегистрированы единичные случаи пороков развития плода у людей. Побочные действия ифавиренца на ЦНС, которые часто наблюдаются в первое время лечения, могут временно снизить трудоспособность.

## Литература

1. Post Exposure Prophylaxis, © Copyright 2003 World Health Organization
2. GUIDELINES FOR CLINICAL MANAGEMENT OF HIV INFECTION AND HIV-RELATED ILLNESSES, World Health Organization Africa Regional Office, March 2003.
3. HIV Prophylaxis Following Occupational Exposure - HIV Clinical Guidelines For The Primary Care Practitioner – NYSDOH-AI, March 2003,
4. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis, *MMWR*. 2001;50, RR-11
5. Expert Advisory Group on AIDS. *Guidelines on Post-exposure Prophylaxis for Health Care Workers Occupationally Exposed to HIV*. London: UK Health Departments; 2000.
6. Epidemiología y prevención del sida, Miguel A. Martínez-González, Álvaro Alonso Gutiérrez, Félix Alegre Garrido "Epidemiología y prevención de enfermedades infecciosas. Vacunas". Pamplona: Newbook, 2002.
7. *Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*, Proposta di raccomandazioni per la chemioprophilassi con antiretrovirali dopo esposizione occupazionale ad HIV, ed indicazioni di utilizzo nei casi di esposizione non occupazionale Roma 19 marzo 2002. Documento predisposto nell'ambito delle attività del Registro Italiano delle profilassi post-esposizione ad HIV. Ministero della Sanità: Progetto AIDS – ISS

**Приложение VIII-А.  
БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ  
на проведение постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции**

Я осведомлен(а) о том, что препараты: \_\_\_\_\_ предназначены для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, основанной на рекомендациях \_\_\_\_\_, и что необходимо строго соблюдать предписанный режим приема этих препаратов.

Я осведомлен(а) о том, что в настоящее время о применении постконтактной профилактики собрано мало информации, и что эффективность химиопрофилактики составляет менее 100%.

Я осведомлен(а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные эффекты, в том числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею.

Я осведомлен(а) о том, что \_\_\_\_\_ снабдит меня запасом препаратов на 28 дней, и что мне необходимо в ближайшее время обратиться к моему лечащему врачу для обследования и лечения.

\_\_\_\_\_

Фамилия

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

## **Приложение VIII-В. Тактика ведения медицинских работников, контактировавших с инфицированным материалом**

Медицинскому работнику, подвергшемуся риску заражения ВИЧ, необходимо рекомендовать на период наблюдения:

- 1) избегать половых контактов или использовать презервативы, чтобы предупредить заражение партнера;
- 2) использовать методы контрацепции;
- 3) не становиться донором крови (в том числе для заготовки ее компонентов), спермы или органов;
- 4) прекратить кормление грудью.

Поскольку схемы АРВ профилактики достаточно сложны и нередко вызывают побочные эффекты, пострадавший медицинский работник должен находиться под постоянным наблюдением либо специалиста по ВИЧ-инфекции, либо специалиста по профессиональным болезням, знакомым с текущими рекомендациями по ПКП. Если такое наблюдение не доступно, лечащий врач должен постоянно консультироваться у таких специалистов.

Тестирование на ВИЧ (конфиденциальное) должно быть проведено сразу после контакта и спустя 1, 3 и 6 месяцев, даже если пострадавший отказался от ПКП. Если результат тестирования положительный, то диагноз ВИЧ-инфекции необходимо подтвердить методом иммуноблоттинга. Появление у пострадавшего лихорадки и других симптомов острого инфекционного заболевания (например, сыпи, лимфаденопатии, миалгии, боли в горле) указывает на возможность сероконверсии (появления антител к ВИЧ) и служит показанием к немедленному тестированию на ВИЧ. В случае положительного результата тестирования медицинского работника необходимо направить на консультацию к специалисту по ВИЧ-инфекции для дальнейшего обследования и лечения.

В течение первого месяца после контакта медицинский работник должен еженедельно посещать врача. Во время посещений оценивается соблюдение режима ПКП, выявляются побочные эффекты АРВ препаратов, изменения самочувствия и эмоционального состояния за период после предыдущего обследования. При выявлении каких-либо психологических проблем рекомендуется направить медицинского работника на консультацию к психиатру или психологу.

Побочные эффекты АРВ препаратов, входящих в схему ПКП, следует лечить согласно существующим рекомендациями (например, изложенными в *«Руководстве по применению антиретровирусных препаратов у ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков»*, редакция от 4 февраля 2002 года [Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents February 4, 2002, DHHS&Henry J. Kaiser Family Foundation or HIV Prophylaxis Following Occupational Exposure - HIV Clinical Guidelines For The Primary Care Practitioner – NYSDOH-AI, March 2003], <http://www.hivguidelines.org>).

**Приложение VIII-С.**  
**Основные побочные эффекты антиретровирусных препаратов, назначаемых для ПКП**

КЛАСС ПРЕПАРАТОВ/ПРЕПАРАТ	ОСНОВНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ
<b>Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)</b>	
Зидовудин	Анемия, нейтропения, тошнота, головная боль, бессонница, миалгия, слабость
Ламивудин	Боль в животе, тошнота, диарея, сыпь, панкреатит
Ставудин	Периферическая нейропатия, головная боль, диарея, тошнота, бессонница, анорексия, панкреатит, повышение активности печеночных ферментов, анемия, нейтропения
Диданозин	Панкреатит, лактацидоз, нейропатия, диарея, боль в животе, тошнота
<b>Ингибиторы протеазы ВИЧ (ИП)</b>	
Нелфинавир	Диарея, тошнота, боль в животе, слабость, сыпь
Лопинавир/ритонавир	Диарея, утомляемость, головная боль, тошнота, повышение уровня холестерина и триглицеридов в крови
Саквинавир в мягких желатиновых капсулах	Расстройства ЖКТ, головная боль, токсическое поражение печени, липодистрофия



## **Приложение VIII-D. БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ на тестирование на ВИЧ и использование его результатов**

### **Информированное согласие на тестирование на ВИЧ и использование его результатов в целях проведения постконтактной профилактики медицинскому работнику, контактировавшему с кровью или другими биологическими жидкостями пациента**

У медицинского работника нашего учреждения был контакт с вашей кровью или другой биологической жидкостью, который сопряжен с риском заражения инфекциями, передающимися с кровью. Многие люди не знают, что у них есть такая инфекция, поскольку носительство вируса может не сопровождаться какими-либо симптомами. Поэтому мы просим вашего согласия на проведение вам тестирования на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Вы будете также обследованы на носительство вируса гепатита В (ВГВ) и вируса гепатита С (ВГС). Согласно \_\_\_\_\_, тестирование на ВИЧ является добровольным и предполагает получение от вас письменного согласия. (Согласие на тестирование может быть в любой момент аннулировано.) Для выявления ВИЧ-инфекции применяются различные методы исследования. Информацию о них вам может предоставить лечащий врач или консультант. Порядок обследования на ВИЧ подразумевает взятие и исследование крови, мочи или слюны. Наиболее распространенным видом обследования на ВИЧ является тестирование на наличие антител к ВИЧ. Результат вашего тестирования на ВИЧ поможет установить, есть ли у медицинского работника, контактировавшего с вашей кровью или другими биологическими жидкостями (далее – пострадавшего медицинского работника), риск инфицирования ВИЧ, и нужно ли назначать ему химиопрофилактику. Дополнительное обследование позволит узнать, являетесь ли вы носителем вирусов гепатита В или С.

#### **Значение результатов исследования на ВИЧ**

- Отрицательный результат тестирования на антитела к ВИЧ означает, что вы, скорее всего, не инфицированы ВИЧ, но, если инфицирование ВИЧ произошло недавно, уровень антител к ВИЧ может быть еще недостаточным для определения. Если вы полагаете, что подвергались риску инфицирования ВИЧ, вам следует обсудить это с медицинским работником, попросившим вашего согласия на проведение тестирования на ВИЧ, и вам следует пройти повторное тестирование через 3 месяца после последнего события, сопряженного с риском инфицирования.
- Положительный результат тестирования означает, что вы инфицированы ВИЧ и можете стать источником инфекции для других людей.
- Иногда результат тестирования на антитела к ВИЧ нельзя расценить как безусловно положительный или отрицательный. Лечащий врач или консультант расскажет вам о возможных причинах получения такого результата и может попросить вашего согласия на дополнительное обследование.

Вас также просят разрешить названному ниже врачу, который проводит лечение пострадавшего медицинского работника, ознакомиться с конфиденциальной информацией, касающейся вашего ВИЧ-статуса. Это необходимо для того, чтобы предоставить медицинскому работнику соответствующую медицинскую помощь и провести консультирование относительно риска развития инфекции и возможности инфицировать других людей. Согласно \_\_\_\_\_, с конфиденциальной информацией о вашем ВИЧ-статусе могут быть ознакомлены, за исключением определенных лиц, только те люди, в отношении которых вы подпишете соответствующее разрешение. Эти люди несут юридическую ответственность за дальнейшее разглашение результатов тестирования, в случае если это каким-либо образом может повлиять на вашу жизнь. Список лиц, которым может быть передана конфиденциальная информация о результатах вашего тестирования на ВИЧ без такого разрешения, находится на обратной стороне этого бланка.

\_\_\_\_\_  
(Фамилия лечащего врача пострадавшего медицинского работника, которому будет сообщен результат вашего тестирования на ВИЧ)

\_\_\_\_\_  
(Не обязательно для заполнения: фамилия пострадавшего медицинского работника, которому будет сообщен результат вашего тестирования на ВИЧ)

Перед тем как выразить согласие, вы должны быть проконсультированы о последствиях тестирования на ВИЧ и ознакомлены с законодательно утвержденным правом на конфиденциальность тестирования.

**Мне понятна цель, ради которой меня попросили предоставить образец биологической жидкости для исследования на ВИЧ. Я получил(а) ответы на все свои вопросы, касающиеся тестирования на ВИЧ. Я согласен(на) пройти тестирование на ВИЧ и разрешаю медицинскому работнику, подвергшемуся риску инфицирования, и его лечащим врачам ознакомиться с результатами тестирования. Данное разрешение действительно в течение одного года после указанной ниже даты.**

\_\_\_\_\_  
(Фамилия обследуемого, разборчиво) \_\_\_\_\_ Дата

\_\_\_\_\_  
(Подпись обследуемого или лица, выражающего согласие от его имени)

**Я провел(а) предтестовое консультирование пациента в соответствии с \_\_\_\_\_ . Я ответил(а) на все вопросы пациента, касающиеся тестирования на ВИЧ, и выдал(а) ему неподписанную копию данного бланка.**

Подпись \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

Учреждение/Фамилия врача \_\_\_\_\_

Хотя в случае профессионального контакта с потенциально инфицированным материалом необходимо проведение конфиденциального тестирования с указанием личных данных, в соответствии с \_\_\_\_\_, доводим до Вашего сведения, что тестирование на ВИЧ можно пройти анонимно. Адреса учреждений, в которых проводится анонимное тестирование, можно узнать по телефону \_\_\_\_\_.

## **Приложение VIII-Е. Регистрация профессионального контакта с потенциально инфицированным материалом**

Отчет о контакте медицинского работника с потенциально инфицированным материалом должен включать:

- дату и время контакта;
- подробное описание выполнявшейся манипуляции: когда и как произошел контакт; при ранении острым инструментом указать тип и марку инструмента, каким образом и в какой момент в ходе манипуляции с инструментом произошел контакт;
- подробные сведения о контакте, включая тип и количество биологической жидкости или материала, глубину повреждения и интенсивность контакта (например, при контакте с повреждением кожных покровов — глубину повреждения и факт попадания биологической жидкости в рану; при контакте с кожей или слизистыми — примерный объем попавшего на кожу или слизистые инфицированного материала и состояние кожных покровов в месте контакта (например, обветренная, стертая, или неповрежденная кожа);
- подробные сведения о пациенте, с биологическими жидкостями которого произошел контакт (например, содержал ли биологический материал ВИЧ, вирусы гепатита В или С; если известно, что пациент ВИЧ-инфицирован, необходимо указать стадию заболевания, привести сведения об АРТ, вирусной нагрузке и информацию о резистентности к АРВ препаратам, если такая информация имеется);
- сведения о медицинском работнике, подвергшемся риску инфицирования (например, вакцинирован ли он против гепатита В, и наличие поствакцинального иммунитета);
- подробные сведения о консультировании, постконтактной АРВ профилактике и диспансерном наблюдении.



Обследования после контакта:	Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы	Активность печеночных ферментов	Подпись
1-я неделя			
2-я неделя			
3-я неделя			
4-я неделя			
Результаты тестирования на антитела к ВИЧ через: 1 месяц 3 месяца 6 месяцев			
Подпись/Печать		Дата:	



Обследования после контакта:	Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы	Активность печеночных ферментов	Подпись
1-я неделя			
2-я неделя			
3-я неделя			
4-я неделя			
Результаты тестирования на антитела к ВИЧ через: 1 месяц 3 месяца 6 месяцев			
Подпись/Печать		Дата:	





## Часть 2. Контроль за предоставлением помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе

### Текущий контроль за предоставлением тестирования и консультирования

#### Основные положения

Медицинским учреждениям первичного, вторичного и третичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. В пределах каждого уровня информация запрашивается у двух типов учреждений:

- 1) НПО и других негосударственных организаций;
- 2) государственных учреждений.

**Цель разработки данных бланков** — предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по предоставлению тестирования и консультирования (Тик). Разработано два бланка: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой — для учреждений вторичного и третичного уровней. В бланке делается пометка, является учреждение государственным или негосударственным, а также к какому уровню оно принадлежит.

**Сбор информации.** Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Для НПО и других негосударственных учреждений можно составить случайную выборку, если в стране их много, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Для государственных учреждений необходимо разработать систему подачи отчетов, которая обеспечивала бы сбор информации и не создавала трудностей в ее обработке. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Ниже приводится **перечень сведений, которые будут запрашиваться у негосударственных и государственных медицинских учреждений.**

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *первичного уровня*:

- число лиц, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней);
- данные о доступности тестирования на ВИЧ в данном учреждении;
- число лиц, направленных на тестирование на ВИЧ в другие учреждения за последний месяц (30 дней);
- число лиц, прошедших тестирование на ВИЧ в данном учреждении за последний месяц (30 дней), если такое тестирование проводится;
- число выявленных ВИЧ-положительных лиц за последний месяц (30 дней);

- число лиц, получивших результаты тестирования;
- число лиц, направленных в общественные группы поддержки за последний месяц (30 дней).

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *вторичного и третичного уровней*:

- число лиц, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней);
- число лиц, прошедших тестирование на ВИЧ в данном учреждении за последний месяц (30 дней);
- число выявленных ВИЧ-положительных лиц за последний месяц (30 дней);
- число лиц, получивших результаты тестирования на ВИЧ;
- число лиц, направленных в общественные группы поддержки за последний месяц (30 дней).

Следующие бланки предназначены для получения сведений от государственных и негосударственных учреждений, предоставляющих населению ТиК.

Разработано **2 бланка**: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой — для учреждений вторичного и третичного уровней. Каждый бланк состоит из **2 частей**: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена непосредственно ТиК.

<b>Для медицинских учреждений первичного уровня (государственных и негосударственных), предоставляющих тестирование и консультирование.</b>	
<b>Часть 1. Информация об учреждении</b>	
Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): _____ _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

<b>Часть 2. Тестирование и консультирование</b>	
1. Сколько человек проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число проконсультированных: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Учреждение выдает направления на тестирование, или тестирование проводится в нем самом?	<input type="checkbox"/> Выдаются направления в другие учреждения <input type="checkbox"/> Тестирование проводится в данном учреждении
Если выдаются направления, из числа проконсультированных за последний месяц (30 дней), сколько человек их получило?	Число направленных на тестирование в другие учреждения: _____
Если тестирование проводится в данном учреждении, из числа проконсультированных за последний месяц (30 дней), сколько человек его прошло?	Число прошедших тестирование в данном учреждении: _____
Из числа прошедших тестирование в данном учреждении за последний месяц (30 дней), сколько человек оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____
Из числа прошедших тестирование в данном учреждении за последний месяц (30 дней), сколько человек получило результаты?	Число получивших результаты: _____
Из числа получивших результаты и оказавшихся ВИЧ-положительными за последний месяц (30 дней), сколько человек было направлено в общественные группы поддержки?	Число направленных в общественные группы поддержки: _____

<b>Для медицинских учреждений вторичного и третичного уровней (государственных и негосударственных), предоставляющих тестирование и консультирование.</b>	
<b>Часть 1. Информация об учреждении</b>	
Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Уровень медицинского учреждения:	<input type="checkbox"/> Вторичный <input type="checkbox"/> Третичный
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): _____ _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

<b>Часть 2. Тестирование и консультирование</b>	
1. Сколько человек проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число проконсультированных: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа проконсультированных за последний месяц (30 дней), сколько человек прошло тестирование в данном учреждении?	Число прошедших тестирование: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____
Из числа прошедших тестирование за последний месяц (30 дней), сколько человек получило результаты?	Число получивших результаты: _____
Из числа получивших результаты и оказавшихся ВИЧ-положительными за последний месяц (30 дней), сколько человек было направлено в общественные группы поддержки?	Число направленных в общественные группы поддержки: _____

# Текущий контроль за предоставлением антиретровирусной терапии

## Основные положения

Медицинским учреждениям первичного, вторичного и третичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. В пределах каждого уровня информация запрашивается у двух типов учреждений:

- 1) НПО и других негосударственных организаций;
- 2) государственных учреждений.

**Цель разработки** данных бланков — предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по предоставлению антиретровирусной терапии (АРТ). Для каждого уровня медицинских учреждений разработан свой бланк. В бланке делается пометка, является учреждение государственным или негосударственным.

**Сбор информации.** Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Для НПО и других негосударственных учреждений можно составить случайную выборку, если в стране их много, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Для государственных учреждений необходимо разработать систему подачи отчетов, которая обеспечивала бы сбор информации и не создавала трудностей в ее обработке. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Ниже приводится **перечень сведений, которые будут запрашиваться у государственных и негосударственных медицинских учреждений.**

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *первичного уровня*:

- число ВИЧ-инфицированных, обратившихся в учреждение за последний месяц (30 дней);
- число пациентов, направленных в другие учреждения для определения показаний к АРТ за последний месяц (30 дней);
- число пациентов, получающих АРТ;
- данные о диспансерном наблюдении и его целях (контроль за соблюдением режима АРТ, выявление побочных эффектов, неэффективности лечения, резистентности и др.);
- число пациентов, направленных в учреждения вторичного уровня по поводу побочных эффектов АРТ;
- данные о предоставлении пациентам антиретровирусных препаратов;
- данные о перебоях в поставках антиретровирусных препаратов.

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *вторичного уровня*:

- число ВИЧ-инфицированных, обратившихся в учреждение за последний месяц (30 дней);
- число пациентов, обследованных для определения показаний к АРТ за последний месяц (30 дней), с указанием применявшихся методов;
- число пациентов, которые начали получать АРТ в течение последнего месяца (30 дней);

- общее число пациентов, получающих АРТ;
- данные о консультировании по поводу соблюдения режима АРТ;
- данные о диспансерном наблюдении и его целях (контроль за соблюдением режима АРТ, выявление побочных эффектов, неэффективности лечения, резистентности и др.);
- данные о направлении пациентов в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения;
- данные о назначении схем АРТ второго ряда.

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *третичного уровня*:

- число ВИЧ-инфицированных, обратившихся в учреждение за последний месяц (30 дней);
- число пациентов, обследованных для определения показаний к АРТ за последний месяц (30 дней), с указанием применявшихся методов;
- число пациентов, которые начали получать АРТ в течение последнего месяца (30 дней);
- общее число пациентов, получающих АРТ;
- данные о консультировании по поводу соблюдения режима АРТ;
- данные о диспансерном наблюдении и его целях (контроль за соблюдением режима АРТ, выявление побочных эффектов, неэффективности лечения, резистентности и др.);
- данные о направлении пациентов в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения;
- данные о назначении схем АРТ второго ряда;
- описание «трудных случаев».

Следующие бланки предназначены для получения сведений от государственных и негосударственных учреждений, предоставляющих населению АРТ и связанные с ней услуги.

Разработано **3 бланка**, по одному для каждого уровня медицинских учреждений. Каждый бланк состоит из **2 частей**: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена непосредственно АРТ.

Для медицинских учреждений первичного уровня (государственных и негосударственных), предоставляющих антиретровирусную терапию.	
Часть 1. Информация об учреждении	
Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): <hr/> <hr/> <hr/>
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

<b>Часть 2. Антиретровирусная терапия</b>	
1. Сколько ВИЧ-инфицированных обратилось в учреждение за последний месяц (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько ВИЧ-инфицированных было направлено в другие учреждения для определения показаний к антиретровирусной терапии (АРТ)?	Число пациентов, направленных в другие учреждения для определения показаний к АРТ: _____
Из числа обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько ВИЧ-инфицированных получают АРТ?	Число пациентов, получающих АРТ: _____
Есть ли среди обратившихся за последний месяц (30 дней) и получающих АРТ пациенты, которые наблюдаются в учреждении?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, то с какой целью проводится наблюдение? (Отметьте все подходящие варианты.)	<input type="checkbox"/> Контроль за соблюдением режима АРТ <input type="checkbox"/> Выявление побочных эффектов <input type="checkbox"/> Выявление неэффективности лечения <input type="checkbox"/> Выявление резистентности <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ _____ _____
Из числа обратившихся за последний месяц (30 дней) и получающих АРТ, сколько человек были направлены в учреждения второго уровня по поводу побочных эффектов?	Число пациентов, направленных в другие учреждения по поводу побочных эффектов АРТ: _____
Обеспечивает ли учреждение своих пациентов антиретровирусными препаратами?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, то сколько человек в настоящее время обеспечивается антиретровирусными препаратами?	Число пациентов, которые обеспечиваются антиретровирусными препаратами: _____
Если учреждение обеспечивает пациентов антиретровирусными препаратами, сколько раз за последние 6 месяцев имели место перебои со снабжением ими?	Число случаев за последние 6 месяцев, когда антиретровирусных препаратов не было в наличии: _____

**Для медицинских учреждений вторичного уровня (государственных и негосударственных), предоставляющих антиретровирусную терапию.**

**Часть 1. Информация об учреждении**

Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): <hr/> <hr/>
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, стационарная помощь, хирургические вмешательства, консультации специалистов и др.)

**Часть 2. Антиретровирусная терапия**

1. Сколько ВИЧ-инфицированных обратилось в учреждение за последний месяц (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько ВИЧ-инфицированных было обследовано для определения показаний к антиретровирусной терапии (АРТ)?	Число обследованных: _____
Какие методы обследования применялись? (Отметьте все подходящие варианты.)	<input type="checkbox"/> Клиническое обследование <input type="checkbox"/> Определение числа лимфоцитов CD4 <input type="checkbox"/> Определение вирусной нагрузки <input type="checkbox"/> Другое (укажите): <hr/> <hr/>
Из числа обследованных за последний месяц (30 дней), сколько человек начали получать АРТ?	Число пациентов, которые начали получать АРТ в течение последнего месяца: _____
Из числа обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько всего человек получают АРТ?	Общее число пациентов, получающих АРТ: _____
Проводится ли в учреждении консультирование по поводу соблюдения режима терапии для пациентов, получающих АРТ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли среди обратившихся за последний месяц (30 дней) и получающих АРТ пациенты, которые наблюдаются в учреждении?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет



Если да, то с какой целью проводится наблюдение? (Отметьте все подходящие варианты.)	<input type="checkbox"/> Контроль за соблюдением режима АРТ <input type="checkbox"/> Выявление побочных эффектов <input type="checkbox"/> Выявление неэффективности лечения <input type="checkbox"/> Выявление резистентности <input type="checkbox"/> Другое (укажите): <hr/> <hr/>
Если нет, то направляются ли пациенты для диспансерного наблюдения в учреждения первичного уровня?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если в ходе наблюдения выявляются признаки неэффективности терапии, назначаются ли в учреждении схемы АРТ второго ряда?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

**Для медицинских учреждений третичного уровня (государственных и негосударственных), предоставляющих антиретровирусную терапию.**

**Часть 1. Информация об учреждении**

Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): <hr/>
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, стационарная помощь, хирургические вмешательства, консультации специалистов и др.)

<b>Часть 2. Антиретровирусная терапия</b>	
1. Сколько ВИЧ-инфицированных обратилось в учреждение за последний месяц (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько ВИЧ-инфицированных было обследовано для определения показаний к антиретровирусной терапии (АРТ)?	Число обследованных: _____
Какие методы обследования применялись? (Отметьте все подходящие варианты.)	<input type="checkbox"/> Клиническое обследование <input type="checkbox"/> Определение числа лимфоцитов CD4 <input type="checkbox"/> Определение вирусной нагрузки <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ _____ _____
Из числа обследованных за последний месяц (30 дней), сколько человек начали получать АРТ?	Число пациентов, которые начали получать АРТ в течение последнего месяца: _____
Из числа обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько всего человек получают АРТ?	Общее число пациентов, получающих АРТ: _____
Проводится ли в учреждении консультирование по поводу соблюдения режима терапии для пациентов, получающих АРТ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли среди обратившихся за последний месяц (30 дней) и получающих АРТ пациенты, которые наблюдаются в учреждении?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, то с какой целью проводится наблюдение? (Отметьте все подходящие варианты.)	<input type="checkbox"/> Контроль за соблюдением режима АРТ <input type="checkbox"/> Выявление побочных эффектов <input type="checkbox"/> Выявление неэффективности лечения <input type="checkbox"/> Выявление резистентности <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ _____ _____
Если нет, то направляются ли пациенты для диспансерного наблюдения в учреждения первичного уровня?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если в ходе наблюдения выявляются признаки неэффективности терапии, назначаются ли в учреждении схемы АРТ второго ряда?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Какова тактика ведения «трудных случаев» в учреждении? Опишите такой случай:	_____ _____ _____

# Текущий контроль за выявлением и лечением оппортунистических инфекций

## Основные положения

Медицинским учреждениям первичного, вторичного и третичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. В пределах каждого уровня информация запрашивается у двух типов учреждений:

- 1) НПО и других негосударственных организаций;
- 2) государственных учреждений.

**Цель разработки** данных бланков — предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по выявлению и лечению оппортунистических инфекций (ОИ) и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Разработано два бланка: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой — для учреждений вторичного и третичного уровней. В бланке делается пометка, является учреждение государственным или негосударственным, а также к какому уровню оно относится.

**Сбор информации.** Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Для НПО и других негосударственных учреждений можно составить случайную выборку, если в стране их много, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Для государственных учреждений необходимо разработать систему подачи отчетов, которая обеспечивала бы сбор информации и не создавала трудностей в ее обработке. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Ниже приводится **перечень сведений, которые будут запрашиваться у государственных и негосударственных медицинских учреждений.**

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *первичного уровня*:

- число ВИЧ-инфицированных, обратившихся в учреждение за последний месяц (30 дней);
- число ВИЧ-инфицированных, у которых были диагностированы ОИ или злокачественные новообразования в течение последнего месяца (30 дней), с указанием применявшихся методов;
- число пациентов с диагностированными ОИ или злокачественными новообразованиями, которые нуждались в госпитализации или специализированной помощи;
- число пациентов с диагностированными ОИ или злокачественными новообразованиями, которые были направлены в учреждения вторичного или третичного уровней или в специализированные клиники;
- число пациентов, получивших вторичную профилактику ОИ;
- число пациентов на диспансерном наблюдении.

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *вторичного и третичного уровней*:

- число ВИЧ-инфицированных, обратившихся в учреждение за последний месяц (30 дней);
- число ВИЧ-инфицированных, у которых были диагностированы ОИ или злокачественные новообразования в течение последнего месяца (30 дней), с указанием применявшихся методов;

- число пациентов с диагностированными ОИ или злокачественными новообразованиями, которые нуждались в госпитализации или специализированной помощи;
- число пациентов, пролеченных амбулаторно;
- число пациентов, пролеченных стационарно;
- число пациентов, направленных в специализированные клиники;
- число пациентов, получивших вторичную профилактику ОИ;
- число пациентов, направленных для диспансерного наблюдения в другие учреждения;
- число пациентов, наблюдавшихся в данном учреждении (если такое наблюдение ведется).

Следующие бланки предназначены для получения сведений от государственных и негосударственных учреждений, которые занимаются диагностикой и лечением ОИ и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных.

Разработано **2 бланка**: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой — для учреждений вторичного и третичного уровней. Каждый бланк состоит из **2 частей**: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена непосредственно диагностике и лечению ОИ и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных.

**Для медицинских учреждений первичного уровня (государственных и негосударственных), занимающихся диагностикой и лечением оппортунистических инфекций и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных.**

**Часть 1. Информация об учреждении**

Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): _____ _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

**Часть 2. Диагностика и лечение оппортунистических инфекций и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных**

1. Сколько ВИЧ-инфицированных обратилось в учреждение за последний месяц (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней), у скольких были диагностированы оппортунистические инфекции (ОИ) или злокачественные новообразования?	Число поставленных диагнозов: _____

Какие методы используются в учреждении для диагностики ОИ и злокачественных новообразований? (Отметьте все подходящие варианты.)	<input type="checkbox"/> Клиническое исследование <input type="checkbox"/> Биохимические исследования <input type="checkbox"/> Общий анализ крови <input type="checkbox"/> Рентгенологическое исследование <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько человек нуждалось в госпитализации или другой специализированной помощи?	Число нуждавшихся в госпитализации или специализированной помощи: _____
Сколько из них было направлено в медицинские учреждения вторичного или третичного уровней или в специализированные клиники?	Число направленных в другие учреждения: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько человек получило вторичную профилактику ОИ в данном учреждении?	Число получивших вторичную профилактику ОИ: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней) и получающих лечение или профилактику ОИ, сколько человек наблюдается в данном учреждении?	Число пациентов на диспансерном наблюдении: _____

**Для медицинских учреждений вторичного и третичного уровней (государственных и негосударственных), занимающихся диагностикой и лечением оппортунистических инфекций и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных.**

**Часть 1. Информация об учреждении**

Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Уровень учреждения:	<input type="checkbox"/> Вторичный <input type="checkbox"/> Третичный
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): _____ _____ _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, стационарная помощь, хирургические вмешательства и др.)

<b>Часть 2. Диагностика и лечение оппортунистических инфекций и злокачественных новообразований у ВИЧ-инфицированных</b>	
1. Сколько ВИЧ-инфицированных обратилось в учреждение за последний месяц (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней), у скольких были диагностированы оппортунистические инфекции (ОИ) или злокачественные новообразования?	Число поставленных диагнозов: _____
Какие методы используются в учреждении для диагностики ОИ и злокачественных новообразований? (Отметьте все подходящие варианты.)	<input type="checkbox"/> Клиническое исследование <input type="checkbox"/> Биохимические исследования <input type="checkbox"/> Общий анализ крови <input type="checkbox"/> Рентгенологическое исследование <input type="checkbox"/> ИФА <input type="checkbox"/> УЗИ <input type="checkbox"/> Биопсия <input type="checkbox"/> ПЦР <input type="checkbox"/> МРТ <input type="checkbox"/> КТ <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько человек нуждалось в госпитализации или другой специализированной помощи?	Число нуждавшихся в госпитализации или специализированной помощи: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней) и нуждавшихся в госпитализации или специализированной помощи, сколько человек было пролечено амбулаторно?	Число пролеченных амбулаторно: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней) и нуждавшихся в госпитализации или специализированной помощи, сколько человек было пролечено стационарно?	Число пролеченных стационарно: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней) и нуждавшихся в госпитализации или специализированной помощи, сколько человек было направлено в специализированные клиники?	Число направленных в специализированные клиники: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько человек получило вторичную профилактику ОИ в данном учреждении?	Число получивших вторичную профилактику ОИ: _____
Если в учреждении <i>не</i> ведется диспансерное наблюдение, из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней) и получающих лечение или профилактику ОИ, сколько человек было направлено для диспансерного наблюдения в другие учреждения?	Число направленных для диспансерного наблюдения в другие учреждения: _____
Если в учреждении ведется диспансерное наблюдение, из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней) и получающих лечение или профилактику ОИ, сколько человек наблюдалось в данном учреждении?	Число пациентов, наблюдавшихся в данном учреждении: _____

# Текущий контроль за предоставлением паллиативной помощи

## Основные положения

Медицинским учреждениям первичного, вторичного и третичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. Информация запрашивается по двум различным категориям медицинской помощи: первичной и вторичной/третичной. Сама концепция основана на том, что больные СПИДом более других нуждаются в паллиативной помощи. Многие больные на момент диагностики СПИДа не нуждаются в паллиативной помощи, так как антиретровирусная терапия возвращает им здоровье. Направление для оказания паллиативной помощи выдаются на вторичном и третичном уровнях (откуда больные возвращаются в учреждения первичного уровня для оказания паллиативной помощи). Основным принципом организации паллиативной помощи подразумевает оказание четырех видов помощи:

1. Медицинской — оказание помощи на дому силами родных, приходящих медицинских или социальных работников, использование болеутоляющих средств и т.д.
2. Психологической — помощи при депрессии, подготовке к уходу из жизни и т.д.
3. Социальной — оказание содействия в вопросах, связанных с жильем, финансовой помощью, заботой о детях-сиротах и т.д.
4. Правовой/юридической — борьба со стигматизацией, обеспечение необходимых условий для сирот, подготовка к уходу из жизни и т.д.

**Цель разработки данных бланков** — предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по лечению больных СПИДом и направлением их для оказания паллиативной помощи. Оценка предоставления различных видов паллиативной помощи в цели данного текущего контроля не входит.

**Сбор информации.** Разработано два бланка: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой — для учреждений вторичного и третичного уровней. Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Это можно сделать путем случайной выборки, если в стране много таких учреждений, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Каждый бланк состоит из **2 частей**: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена направлению больных для оказания паллиативной помощи.

<b>Для учреждений первичной медицинской помощи (государственных и негосударственных), предоставляющих паллиативные виды помощи больным СПИДом. Если учреждение предоставляет и первичную, и вторичную/третичную помощь, заполнить этот бланк только для тех больных, которым предоставляется первичная помощь.</b>	
<b>Часть 1. Информация об учреждении</b>	
Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Уровень медицинской помощи (если предоставляются разные уровни помощи, отметить высший):	<input type="checkbox"/> Первичный <input type="checkbox"/> Вторичный <input type="checkbox"/> Третичный
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): <hr/> <hr/> <hr/>
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

<b>Часть 2. Паллиативная помощь больным СПИДом</b>	
1. Сколько ВИЧ-инфицированных больных обратилось за последний месяц (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся ВИЧ-инфицированных: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Сколько больных СПИДом обратилось за последний месяц (30 дней)?	Число больных СПИДом: _____
Имеется ли в районе, который обслуживается вашим учреждением, хотя бы одно учреждение, оказывающее все виды паллиативной помощи (медицинскую, психологическую, социальную и правовую/юридическую), в которое врач может направить нуждающегося в них больного?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Имеются ли учреждения, оказывающие отдельные виды паллиативной помощи?	Медицинская помощь: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Психологическая помощь: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Социальная помощь: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Правовая/юридическая помощь: <input type="checkbox"/> Да



	<input type="checkbox"/> Нет
<p>Из числа больных, направленных в ваше учреждение из учреждений вторичного и третичного уровня с впервые установленным диагнозом СПИДа и обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько человек во время первого посещения было направлено для получения паллиативной помощи?</p>	<p>В учреждение, оказывающее все виды помощи:</p> <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ <p>В учреждение, оказывающее медицинскую помощь:</p> <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ <p>В учреждение, оказывающее психологическую помощь:</p> <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ <p>В учреждение, оказывающее социальную помощь:</p> <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ <p>В учреждение, оказывающее правовую/юридическую помощь:</p> <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____
<p>Из числа больных СПИДом, обратившихся на протяжении последнего месяца (30 дней), но не относящихся к числу новых случаев, сколько было направлено для получения паллиативной помощи на протяжении этого месяца?</p>	<p>В учреждение, оказывающее все виды помощи:</p> <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ <p>В учреждение, оказывающее медицинскую помощь:</p> <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ <p>В учреждение, оказывающее психологическую помощь:</p> <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ <p>В учреждение, оказывающее социальную помощь:</p> <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ <p>В учреждение, оказывающее правовую/юридическую помощь:</p> <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____
<p>Существует ли какая-либо обратная связь с учреждениями, оказывающими паллиативную помощь, позволяющая убедиться, что направленные в них больные эту помощь получили?</p>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<p>Существуют ли какие-либо учреждения и организации, которые оказывают содействие ухаживающим за больными СПИДом (медицинским сотрудникам, консультантам, родным больных и т.д.)?</p>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Для медицинских учреждений вторичной и третичной помощи (государственных и негосударственных), осуществляющих лечение СПИДа	
Часть 1. Информация об учреждении	
Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Уровень медицинской помощи (отметьте одну графу)	<input type="checkbox"/> Вторичная <input type="checkbox"/> Третичная
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): <hr/> <hr/> <hr/>
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, стационарная помощь, хирургическое лечение и др.)

<b>Часть 2. Паллиативная помощь больным СПИДом</b>	
1. Сколько ВИЧ-инфицированных больных обратилось за последний месяц (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся ВИЧ-инфицированных: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа обратившихся за последний месяц (30 дней) ВИЧ-инфицированных больных, у скольких впервые был поставлен диагноз СПИДа?	<input type="checkbox"/> Число новых случаев СПИДа: _____
Как ставится диагноз СПИДа в вашем учреждении? (Пометьте все необходимые графы)	<input type="checkbox"/> Стандартное определение (укажите, какое именно): _____ <input type="checkbox"/> Заключение врача, без использования стандартных определений
Направления на оказание паллиативной помощи выдаются больным в вашем учреждении, или вы передаете больных в учреждения первичного уровня для получения таких направлений?	<input type="checkbox"/> Выдаем направления <input type="checkbox"/> Передаем больных в первичное учреждение <input type="checkbox"/> Оба варианта
Имеется ли в районе, который обслуживается вашим учреждением, хотя бы одно учреждение, оказывающее все виды паллиативной помощи (медицинскую, психологическую, социальную и правовую/юридическую), в которое врач может направить нуждающегося в них больного?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Имеются ли учреждения, оказывающие отдельные виды паллиативной помощи?	Медицинская помощь: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Психологическая помощь: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Социальная помощь: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Правовая/юридическая помощь: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Из числа больных с впервые диагностированным СПИДом на протяжении последнего месяца (30 дней), сколько было направлено для получения паллиативной помощи?	В учреждение, оказывающее все виды помощи: <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число) _____ В учреждение, оказывающее медицинскую помощь: <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число) _____ В учреждение, оказывающее психологическую помощь: <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число) _____ В учреждение, оказывающее социальную помощь: <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число) _____ В учреждение, оказывающее

	правовую/юридическую помощь <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____
Из числа больных СПИДом, диагностированным не в этом месяце, сколько за последний месяц (30 дней) было направлено для получения паллиативной помощи?	В учреждение, оказывающее все виды помощи: <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ В учреждение, оказывающее медицинскую помощь: <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ В учреждение, оказывающее психологическую помощь: <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ В учреждение, оказывающее социальную помощь: <input type="checkbox"/> Не было направлений <input type="checkbox"/> Направления выданы (число)_____ В учреждение, оказывающее правовую/юридическую помощь <input type="checkbox"/> Не было направлений Направления выданы (число)_____
Существует ли какая-либо обратная связь с учреждениями, оказывающими паллиативную помощь, позволяющая убедиться, что направленные в них больные эту помощь получили?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

# Текущий контроль за предоставлением профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

## Основные положения

Медицинским учреждениям первичного, вторичного и третичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. В пределах каждого уровня информация запрашивается у двух типов учреждений:

- 1) НПО и других негосударственных организаций;
- 2) государственных учреждений.

**Цель разработки данных бланков** — предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР). Для каждого уровня медицинских учреждений разработан свой бланк. В бланке делается пометка, является учреждение государственным или негосударственным.

**Сбор информации.** Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Для НПО и других негосударственных учреждений можно составить случайную выборку, если в стране их много, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Для государственных учреждений необходимо разработать систему подачи отчетов, которая обеспечивала бы сбор информации и не создавала трудностей в ее обработке. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Ниже приводится **перечень сведений, которые будут запрашиваться у государственных и негосударственных медицинских учреждений.**

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *первичного уровня*:

- число женщин, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней);
- число женщин, проконсультированных по поводу риска ПМР за последний месяц (30 дней);
- данные о доступности тестирования на ВИЧ в данном учреждении;
- число женщин, получивших направления на тестирование на ВИЧ в другие учреждения за последний месяц (30 дней);
- число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ в данном учреждении за последний месяц (30 дней), если такое тестирование проводится;
- число женщин, получивших результаты тестирования на ВИЧ;
- число выявленных ВИЧ-положительных женщин;
- число женщин, направленных в общественные группы поддержки;
- данные о наблюдении за ВИЧ-инфицированными женщинами до и после родов.

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *вторичного уровня*:

- число женщин, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней);
- число женщин, проконсультированных по поводу риска ПМР за последний месяц (30 дней);
- число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ в данном учреждении за последний месяц (30 дней);
- число женщин, получивших результаты тестирования на ВИЧ;
- число выявленных ВИЧ-положительных женщин;
- число женщин, направленных в общественные группы поддержки;
- число женщин, прошедших обследование для определения показаний к ВААРТ за последний месяц (30 дней), с указанием применявшихся методов;
- число женщин, начавших получать ВААРТ в течение последнего месяца (30 дней);
- число женщин, начавших получать зидовудин для профилактики ПМР в течение последнего месяца (30 дней);
- число ВИЧ-инфицированных женщин, проконсультированных по поводу соблюдения режима терапии;
- число ВИЧ-инфицированных женщин, направленных в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения;
- число родов, принятых у ВИЧ-инфицированных женщин за последний месяц (30 дней);
- число новорожденных, которым были назначены антиретровирусные препараты для профилактики ВИЧ-инфекции.

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *третьего уровня*:

- число женщин, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней);
- число женщин, проконсультированных по поводу риска ПМР за последний месяц (30 дней);
- число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ в данном учреждении за последний месяц (30 дней);
- число женщин, получивших результаты тестирования на ВИЧ;
- число выявленных ВИЧ-положительных женщин;
- число женщин, направленных в общественные группы поддержки;
- число женщин, прошедших обследование для определения показаний к ВААРТ за последний месяц (30 дней), с указанием применявшихся методов;
- число женщин, начавших получать ВААРТ в течение последнего месяца (30 дней);
- число женщин, начавших получать зидовудин для профилактики ПМР в течение последнего месяца (30 дней);
- число ВИЧ-инфицированных женщин, проконсультированных по поводу соблюдения режима терапии;
- число ВИЧ-инфицированных женщин, направленных в учреждения первичного или вторичного уровня для диспансерного наблюдения;
- число родов, принятых у ВИЧ-инфицированных женщин за последний месяц (30 дней);
- число кесаревых сечений у ВИЧ-инфицированных женщин за последний месяц (30 дней);
- число новорожденных, которым выполнено обследование методом ПЦР и определено число лимфоцитов CD4;
- число новорожденных, которым были назначены антиретровирусные препараты для профилактики ВИЧ-инфекции.

Следующие бланки предназначены для получения сведений от государственных и негосударственных

учреждений, предоставляющих населению ППМР.

Разработано 3 бланка, по одному для каждого уровня медицинских учреждений. Каждый бланк состоит из 2 частей: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена непосредственно ППМР.

<b>Для медицинских учреждений первичного уровня (государственных и негосударственных), занимающихся профилактикой передачи ВИЧ от матери ребенку.</b>	
<b>Часть 1. Информация об учреждении</b>	
Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): _____ _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

<b>Часть 2. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку</b>	
Сколько женщин проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней)?	Число проконсультированных женщин: _____
Сколько женщин проконсультировано по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку (двойная защита, грудное вскармливание, безопасное ведение родов) за последний месяц (30 дней)?	Число женщин, проконсультированных по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку: _____
Учреждение выдает направления на тестирование, или тестирование проводится в нем самом?	<input type="checkbox"/> Выдаются направления в другие учреждения <input type="checkbox"/> Тестирование проводится в данном учреждении
Если выдаются направления в другие учреждения, из числа проконсультированных за последний месяц (30 дней), сколько женщин было в них направлено?	Число женщин, направленных на тестирование в другие учреждения: _____
Если тестирование проводится в данном учреждении, из числа проконсультированных за последний месяц (30 дней), сколько женщин его прошло?	Число женщин, прошедших тестирование в данном учреждении: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин получило результаты?	Число женщин, получивших результаты: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____

Если тестирование проводится в данном учреждении, из числа получивших результаты и оказавшихся ВИЧ-положительными в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин было направлено в общественные группы поддержки?	Число женщин, направленных в общественные группы поддержки: _____
Проводится ли в учреждении дородовое и послеродовое наблюдение ВИЧ-инфицированных женщин?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

**Для медицинских учреждений вторичного уровня (государственных и негосударственных), занимающихся профилактикой передачи ВИЧ от матери ребенку.**

**Часть 1. Информация об учреждении**

Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): _____ _____ _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, стационарная помощь, планирование семьи и др.)



<b>Часть 2. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку</b>	
Сколько женщин проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней)?	Число проконсультированных женщин: _____
Сколько женщин проконсультировано по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку (двойная защита, грудное вскармливание, безопасное ведение родов) за последний месяц (30 дней)?	Число женщин, проконсультированных по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку: _____
Из числа проконсультированных за последний месяц (30 дней), сколько женщин прошло тестирование на ВИЧ в данном учреждении?	Число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин получило результаты?	Число женщин, получивших результаты: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____
Из числа получивших результаты и оказавшихся ВИЧ-положительными в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин было направлено в общественные группы поддержки?	Число женщин, направленных в общественные группы поддержки: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько женщин прошло обследование для определения показаний к ВААРТ?	Число обследованных женщин: _____
Какие методы обследования применялись? (Отметьте все подходящие варианты.)	<input type="checkbox"/> Клиническое обследование <input type="checkbox"/> Определение числа лимфоцитов CD4 <input type="checkbox"/> Определение вирусной нагрузки <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ _____ _____
Из числа обследованных за последний месяц (30 дней), сколько женщин начало получать ВААРТ?	Число женщин, начавших получать ВААРТ: _____
Из числа обследованных за последний месяц (30 дней), сколько женщин начало получать зидовудин для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку?	Число женщин, начавших получать зидовудин: _____
Из числа начавших получать зидовудин в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин было проконсультировано по поводу соблюдения режима терапии?	Число женщин, проконсультированных по поводу соблюдения режима терапии: _____
Из числа начавших получать зидовудин или оказавшихся ВИЧ-положительными в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин было направлено в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения?	Число женщин, направленных в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения: _____
Сколько родов было принято у ВИЧ-инфицированных женщин за последний месяц (30 дней)?	Число родов за последний месяц: _____
Из числа новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей в течение последнего месяца (30 дней), скольким были назначены антиретровирусные препараты для профилактики ВИЧ-инфекции?	Число новорожденных, которым были назначены антиретровирусные препараты: _____

**Для медицинских учреждений третичного уровня (государственных и негосударственных), занимающихся профилактикой передачи ВИЧ от матери ребенку.**

**Часть 1. Информация об учреждении**

Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): <hr/> <hr/>
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, стационарная помощь, планирование семьи и др.)

**Часть 2. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку**

Сколько женщин проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней)?	Число проконсультированных женщин: _____
Сколько женщин проконсультировано по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку (двойная защита, грудное вскармливание, безопасное ведение родов) за последний месяц (30 дней)?	Число женщин, проконсультированных по поводу риска передачи ВИЧ от матери ребенку: _____
Из числа проконсультированных за последний месяц (30 дней), сколько женщин прошло тестирование на ВИЧ в данном учреждении?	Число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин получило результаты?	Число женщин, получивших результаты: _____
Из числа прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____
Из числа получивших результаты и оказавшихся ВИЧ-положительными в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин было направлено в общественные группы поддержки?	Число женщин, направленных в общественные группы поддержки: _____
Из числа ВИЧ-инфицированных, обратившихся за последний месяц (30 дней), сколько женщин прошло обследование для определения показаний к ВААРТ?	Число обследованных женщин: _____

Какие методы обследования применялись? (Отметьте все подходящие варианты.)	<input type="checkbox"/> Клиническое обследование <input type="checkbox"/> Определение числа лимфоцитов CD4 <input type="checkbox"/> Определение вирусной нагрузки <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ _____ _____
Из числа обследованных за последний месяц (30 дней), сколько женщин начало получать ВААРТ?	Число женщин, начавших получать ВААРТ: _____
Из числа обследованных за последний месяц (30 дней), сколько женщин начало получать зидовудин для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку?	Число женщин, начавших получать зидовудин: _____
Из числа начавших получать зидовудин в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин было проконсультировано по поводу соблюдения режима терапии?	Число женщин, проконсультированных по поводу соблюдения режима терапии: _____
Из числа начавших получать зидовудин или оказавшихся ВИЧ-положительными в течение последнего месяца (30 дней), сколько женщин было направлено в учреждения первичного и вторичного уровней для диспансерного наблюдения?	Число женщин, направленных в учреждения первичного или вторичного уровней для диспансерного наблюдения: _____
Сколько родов было принято у ВИЧ-инфицированных женщин за последний месяц (30 дней)?	Число родов за последний месяц: _____
Сколько ВИЧ-инфицированных женщин было родоразрешено методом кесарева сечения?	Число кесаревых сечений: _____
Из числа новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей в течение последнего месяца (30 дней), сколько было обследовано на ВИЧ методом ПЦР с последующим определением числа лимфоцитов CD4?	Число обследованных новорожденных: _____
Из числа новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей в течение последнего месяца (30 дней), скольким были назначены антиретровирусные препараты для профилактики ВИЧ-инфекции?	Число новорожденных, которым были назначены антиретровирусные препараты: _____



# Текущий контроль за предоставлением постконтактной профилактики

## Основные положения

Медицинским учреждениям первичного и вторичного уровней предлагаются простые бланки отчетов. В пределах каждого уровня информация запрашивается у двух типов учреждений:

- 1) НПО и других негосударственных организаций;
- 2) государственных учреждений.

**Цель разработки данных бланков** — предложить простой механизм, с помощью которого каждая из названных групп учреждений сможет сообщать о своей деятельности по проведению постконтактной профилактики (ПКП). Разработано два бланка: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой — для учреждений вторичного уровня. В бланке делается пометка, является учреждение государственным или негосударственным.

**Сбор информации.** Предлагается, чтобы бланки высылались каждой группе учреждений отдельно. Для НПО и других негосударственных учреждений можно составить случайную выборку, если в стране их много, или разослать бланки во все организации, если их число ограничено. Для государственных учреждений необходимо разработать систему подачи отчетов, которая обеспечивала бы сбор информации и не создавала трудностей в ее обработке. Отчеты в рамках данного текущего контроля должны стать частью единой системы текущего контроля за профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая в настоящее время разрабатывается или уже действует.

Ниже приводится **перечень сведений, которые будут запрашиваться у государственных и негосударственных медицинских учреждений.**

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *первичного уровня*:

- число лиц, обратившихся за ПКП в течение последнего месяца (30 дней);
- число лиц, которым был оценен риск заражения ВИЧ с целью определения показаний к назначению антиретровирусных препаратов в течение последнего месяца (30 дней);
- число лиц, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней);
- число лиц, прошедших экспресс-тестирование на ВИЧ до начала ПКП за последний месяц (30 дней);
- число лиц, оказавшихся ВИЧ-положительными до начала ПКП за последний месяц (30 дней);
- число лиц, получивших ПКП в течение последнего месяца (30 дней);
- число лиц, наблюдавшихся в учреждении в течение последнего месяца (30 дней).

Сведения, запрашиваемые у медицинских учреждений *вторичного уровня*:

- число лиц, обратившихся за ПКП в течение последнего месяца (30 дней);
- число лиц, которым был оценен риск заражения ВИЧ с целью определения показаний к назначению антиретровирусных препаратов в течение последнего месяца (30 дней);
- число лиц, проконсультированных по поводу тестирования на ВИЧ за последний месяц (30 дней);

- число лиц, прошедших экспресс-тестирование на ВИЧ до начала ПКП за последний месяц (30 дней);
- число лиц, оказавшихся ВИЧ-положительными до начала ПКП за последний месяц (30 дней);
- число лиц, получивших ПКП в течение последнего месяца (30 дней);
- число лиц, направленных в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения за последний месяц (30 дней).

Следующие бланки предназначены для получения сведений от государственных и негосударственных учреждений, предоставляющих населению услуги ПКП.

Разработано **2 бланка**: один для медицинских учреждений первичного уровня, другой — для учреждений вторичного уровня. Каждый бланк состоит из **2 частей**: первая часть содержит основные сведения о медицинском учреждении, вторая посвящена непосредственно ПКП.

<b>Для медицинских учреждений первичного уровня (государственных и негосударственных), осуществляющих постконтактную профилактику.</b>	
<b>Часть 1. Информация об учреждении</b>	
Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): <hr/> <hr/> <hr/>
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, вакцинация, планирование семьи и др.)

<b>Часть 2. Постконтактная профилактика</b>	
1. Сколько человек обратилось в учреждение за постконтактной профилактикой (ПКП) в течение последнего месяца (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа обратившихся за ПКП в течение последнего месяца (30 дней), скольким был оценен риск заражения ВИЧ с целью определения показаний к назначению антиретровирусных препаратов?	Число лиц, которым был оценен риск: _____
Из числа обратившихся за ПКП в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек было проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ?	Число проконсультированных: _____
Из числа обратившихся за ПКП в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек до ее проведения прошло экспресс-тестирование на ВИЧ?	Число прошедших экспресс-тестирование на ВИЧ: _____
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек сразу получило антиретровирусные препараты?	Число получивших антиретровирусные препараты для ПКП: _____
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек наблюдалось в учреждении?	Число пациентов, наблюдавшихся в учреждении: _____

<b>Для медицинских учреждений вторичного уровня (государственных и негосударственных), осуществляющих постконтактную профилактику.</b>	
<b>Часть 1: Информация об учреждении</b>	
Тип учреждения:	<input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Негосударственное
Группа населения, с которой работает учреждение:	<input type="checkbox"/> Население в целом <input type="checkbox"/> Особая группа(ы) (укажите): _____ _____
Услуги, которые оказывает учреждение:	<input type="checkbox"/> Только профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным <input type="checkbox"/> Профилактика ВИЧ-инфекции и/или помощь ВИЧ-инфицированным, а также другие услуги (например, стационарная помощь и др.)

<b>Часть 2: Постконтактная профилактика</b>	
1. Сколько человек обратилось в учреждение за постконтактной профилактикой (ПКП) в течение последнего месяца (30 дней)? 2. Сколько из них было женщин? 3. Сколько было мужчин?	1. Число обратившихся: _____ 2. Число женщин: _____ 3. Число мужчин: _____
Из числа обратившихся за ПКП в течение последнего месяца (30 дней), скольким был оценен риск заражения ВИЧ с целью определения показаний к назначению антиретровирусных препаратов?	Число лиц, которым был оценен риск: _____
Из числа обратившихся за ПКП в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек было проконсультировано по поводу тестирования на ВИЧ?	Число проконсультированных: _____
Из числа обратившихся за ПКП в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек до ее проведения прошло экспресс-тестирование на ВИЧ?	Число прошедших экспресс-тестирование на ВИЧ: _____
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек оказалось ВИЧ-положительными?	Число ВИЧ-положительных: _____
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек сразу получило антиретровирусные препараты?	Число получивших антиретровирусные препараты для ПКП: _____
Из числа обратившихся за ПКП и прошедших тестирование в течение последнего месяца (30 дней), сколько человек было направлено в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения?	Число направленных в учреждения первичного уровня для диспансерного наблюдения: _____



**Европейское региональное  
бюро ВОЗ**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

**Государства-члены**

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Бывшая Югославская  
Республика Македония  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Сербия и Черногория  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Чешская Республика  
Швеция  
Швейцария  
Эстония

**Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро**

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18 Эл. почта: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

**EUR/04/5057718  
E83683R**

**Оригинал: английский**